



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Primer quinquenio de la reforma de salud 2013-2017.
Un análisis documental.**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad

AUTORA:

Ms. Jessica Julissa Medina Guzmán

ASESOR:

Dr. Luis Alberto Núñez Lira

SECCIÓN

Ciencias empresariales

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Gestión

Lima – Perú

2019

Páginas preliminares



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA MAESTRO (A): **MEDINA GUZMÁN JESSICA JOLISSA**

Para obtener el Grado Académico de *Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad*, ha sustentado la tesis titulada:

PRIMER QUINQUENIO DE LA REFORMA DE SALUD 2013-2017. UN ANÁLISIS DOCUMENTAL.

Fecha: 18 de enero de 2019

Hora: 5:00 p.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Abner Chavez Leandro

Firma:

SECRETARIO: Dr. Alejandro Sabino Menacho Rivera

Firma:

VOCAL: Dr. Luis Alberto Nuñez Lira

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobar por unanimidad

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....
.....
.....
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

.....
.....
.....

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

A mi querida familia, por haberme brindado el apoyo necesario, comprensión y fuerza constante para alcanzar mis objetivos.

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad César Vallejo y al Dr. Luis Nuñez, por sus sabias orientaciones en la elaboración de la tesis.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Jessica Julissa Medina Guzmán, estudiante de la Escuela de Postgrado, Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “Primer quinquenio de la reforma de salud 2013-2017. Un análisis documental”, presentada, en 183 folios para la obtención del grado académico de Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 18 de enero del 2019.

Jessica Julissa Medina Guzmán

DNI: 18143024

Presentación

Señores miembros del jurado calificador:

Dando cumplimiento a las normas del reglamento de grados y títulos para la elaboración y la sustentación de la tesis, sección de posgrado de la Universidad “Cesar Vallejo”; para elaborar la tesis de doctorado de Gestión Pública y Gobernabilidad, se presenta la tesis titulada Primer quinquenio de la reforma de salud 2013-2017. Un análisis documental. Para obtener el Grado de Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad.

El presente trabajo de investigación está estructurado en cinco capítulos: El primer capítulo de la introducción contiene: Trabajos previos, marco teórico, marco espacial, marco temporal, contextualización, supuestos teóricos, justificación, relevancia, contribución, formulación del problema de investigación y objetivos.

El Segundo capítulo del marco metodológico está compuesto de: Metodología, tipo de estudio, escenario de estudio, caracterización de los sujetos, procedimientos metodológicos de investigación, técnicas e instrumentos de recolección de datos, mapeamiento, rigor científico y fuentes de información.

El tercer capítulo del trabajo de campo contiene: El sujeto de investigación, análisis de la documentación y organización de la información y la evaluación del primer quinquenio de la reforma.

En el cuarto capítulo se encuentran las conclusiones y en el quinto capítulo están las referencias.

Índice

	Pág.
Carátula	i
Páginas preliminares	ii
Página del jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Declaratoria de autenticidad	vi
Presentación	vii
Índice	viii
Lista de figuras	x
Resumen	xii
Abstract	xiii
Resumo	xiv
I. Introducción	15
1.1. Trabajos previos	16
1.2. Marco teórico	16
1.2.1. Marco legal de la reforma de salud	35
1.3. Marco espacial	41
1.4. Marco temporal	45
1.5. Contextualización	45
1.6. Supuestos teóricos	64
1.7. Justificación teórica, metodológica, practica y epistemológica de la investigación	68
1.8. Relevancia	70
1.9. Contribución	70
1.10. Formulación del problema de investigación	70
1.11. Objetivos	71
1.11.1. Objetivo general	71
1.11.2. Objetivos específicos	71
II. Marco metodológico	72
2.1. Metodología	73

2.2. Tipo de estudio	74
2.3. Escenario de estudio	75
2.4. Caracterización de los sujetos	77
2.5. Procedimientos metodológicos de investigación	79
2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	79
2.7. Mapeamiento	80
2.8. Rigor científico	81
2.9. Fuentes de información	83
III. Trabajo de campo	86
3.1. El sujeto de investigación	87
3.2. Organización de la información y la evaluación del primer quinquenio de la reforma	101
IV. Conclusiones	160
V. Referencias	169
Anexos	177

Índice de figuras

- Figura 1. Dimensiones de la cobertura universal de la protección en salud.
- Figura 2. Marco conceptual de la reforma de salud.
- Figura 3. Matriz de ruta estratégica: Objetivos estratégicos.
- Figura 4. Objetivos estratégicos e indicadores y acciones estratégicas rumbo al Plan Estratégico Sectorial Multianual al 2021.
- Figura 5. Asegurados al Seguro Integral de Salud, estimación demográfica del Perú y afiliación al Seguro Integral de Salud, 2011 – 2017 IV trimestre.
- Figura 6. Pilar 1: Mas peruanos protegidos por un seguro de salud.
- Figura 7. Pilar 2: Más servicios de salud para más peruanos
- Figura 8. Análisis y resultados: ¿Es eficaz la entrega de micronutrientes brindada por el personal de establecimientos de salud del primer nivel de atención en beneficio de los niños menores de 6 a 35 meses?.
- Figura 9. Prevalencia de anemia en menores de 36 meses.
- Figura 10. Logros del plan esperanza 2012 – 2014.
- Figura 11. Personas atendidas, atenciones y montos transferidos por el Fondo Intangible Solidario de Salud en el marco del plan esperanza noviembre 2012 – diciembre 2014.
- Figura 12. Financiamiento del plan esperanza.
- Figura 13. Atención del total de pacientes en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2009 a 2016 (Enero – setiembre).
- Figura 14. Ingreso básico – remuneración del grupo ocupacional médico.
- Figura 15. Bonificaciones – remuneración.
- Figura 16. Densidad de recursos humanos en el sector salud, Perú 2012.
- Figura 17. Densidad de recursos humanos en el sector salud, Perú 2017.
- Figura 18. Profesionales de ciencias de la salud, Ministerio de Salud y gobiernos regionales 2012.
- Figura 19. Profesionales de ciencias de la salud al servicio del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales.
- Figura 20. Médicos especialistas en el sector salud, Perú 2012.

- Figura 21. Médicos especialistas en el sector salud por instituciones, Perú 2017.
- Figura 22. Evolución de la oferta de plazas remuneradas del programa SERUMS, según institución, Perú 2001 - 2017.
- Figura 23. Pilar 3: Más protección de derechos en salud.
- Figura 24. Pilar 4: Más rectoría.
- Figura 25. Pilar 5: Más salud pública.

Resumen

La presente investigación titulada “Primer quinquenio de la reforma de salud 2013-2017. Un análisis documental”, tuvo como objetivo evaluar el avance de la implementación de la reforma de salud en su primer quinquenio 2013 – 2017. Es una tesis de enfoque cualitativo, el método que se utilizó fue naturalista, cuyo tipo de investigación fue el análisis documental, se tomó como herramienta para recoger la información la revisión documental. Se ha realizado la evaluación del avance de la implementación de la reforma de salud, mediante la descripción del avance de cada una de las medidas que se plantearon según los cinco pilares de la reforma de salud. Estos pilares fueron más gente protegida, más y mejores cuidados, más protección de derechos, más rectoría y más salud pública.

La reforma de salud planteó medidas para cada uno de los pilares, para el primer pilar más gente protegida consideró medidas orientadas a ampliar la protección financiera de las personas ante enfermedades, para el segundo pilar más y mejores cuidados consideró medidas orientadas a mejorar la protección del usuario de los servicios de salud para garantizar la efectividad y oportunidad del tratamiento, para el tercer pilar más protección de derechos a su vez consideró medidas para mejorar la protección de la población ante situaciones de riesgos en salud. En tanto para el cuarto pilar más rectoría consideró medidas para fortalecer la gobernanza del Ministerio de Salud como órgano rector en salud y para el quinto pilar más salud pública consideró medidas orientadas a la reorganización del Ministerio de salud y recuperar la facultad de intervenir ante situaciones de emergencia en las regiones.

El estudio concluye, en que se evidencia que en el primer quinquenio de la reforma de salud se han dado avances en la implementación de las medidas de la reforma de salud planteadas inicialmente según los cinco pilares de la reforma.

Palabras claves: Reforma, salud, análisis documental.

Abstract

The present research entitled "First Five-Year Health Reform 2013-2017. A documentary analysis ", aimed to evaluate the progress of the implementation of health reform in its first five-year period 2013 - 2017. It is a qualitative approach thesis, the method used was naturalistic, whose type of research was documentary analysis, the documentary review was taken as a tool to collect the information. The evaluation of the progress of the health reform implementation has been made, by describing the progress of each of the measures that were proposed according to the five pillars of the health reform. These pillars were more people protected, more and better care, more protection of rights, more rectory and more public health.

The health reform proposed measures for each of the pillars, for the first pillar more protected people considered measures aimed at extending the financial protection of people to diseases, for the second pillar more and better care considered measures aimed at improving the protection of people. user of health services to ensure the effectiveness and timeliness of treatment, for the third pillar more protection of rights in turn considered measures to improve the protection of the population in situations of health risks. For the fourth pillar, the most important one considered measures to strengthen the governance of the Ministry of Health as the governing body in health and for the fifth pillar more public health considered measures aimed at reorganizing the Ministry of Health and recovering the power to intervene in situations of emergency in the regions.

The study concludes that it is evident that in the first five years of the health reform there have been advances in the implementation of health reform measures initially proposed according to the five pillars of the reform.

Keywords: Reform, health, documentary analysis.

Resumo

A presente pesquisa intitulada "Primeira Reforma Quinquenal da Saúde 2013-2017. Uma análise documental ", teve como objetivo avaliar o andamento da implementação da reforma sanitária em seu primeiro quinquênio 2013 - 2017. Trata-se de uma tese de abordagem qualitativa, o método utilizado foi naturalístico, cujo tipo de pesquisa foi a análise documental , a revisão documental foi tomada como uma ferramenta para coletar as informações. A avaliação do progresso da implementação da reforma da saúde foi feita, descrevendo o progresso de cada uma das medidas que foram propostas de acordo com os cinco pilares da reforma de saúde. Esses pilares eram mais pessoas protegidas, mais e melhores cuidados, mais proteção de direitos, mais reitoria e mais saúde pública.

A reforma da saúde propôs medidas para cada um dos pilares, para o primeiro pilar mais pessoas protegidas consideradas medidas destinadas a estender a proteção financeira das pessoas às doenças, para o segundo pilar mais e melhor atendimento considerado medidas destinadas a melhorar a proteção das pessoas. usuário de serviços de saúde para garantir a eficácia e pontualidade do tratamento, para o terceiro pilar mais proteção de direitos, por sua vez, considerou medidas para melhorar a proteção da população em situações de riscos para a saúde. Em ambos o quarto pilar mais reitoria medidas para reforçar a governação do Ministério da Saúde como o corpo de saúde governo e o quinto pilar medidas de saúde considerado mais públicas voltadas para a reorganização do Ministério da Saúde e recuperar o poder de intervir em situações de considerada emergência nas regiões.

O estudo conclui que é evidente que nos primeiros cinco anos da reforma da saúde houve avanços na implementação de medidas de reforma sanitária inicialmente propostas de acordo com os cinco pilares da reforma.

Palavras-chave: Reforma, saúde, análise documental.

I. Introducción

1.1 Trabajos previos

En el trabajo titulado El Sistema Nacional de Salud en el Perú, publicado por Francisco Sánchez Moreno, Lima, 24 de noviembre de 2014, se dio cuenta de la creación y reformas del sistema de salud peruano, la evaluación técnica del Sistema Nacional de Salud del Perú desde el 2002 - 2014, la función de financiamiento del sistema deteriorada y aún sin reforma, la situación actual y una alternativa superior, al respecto Sánchez afirmó que el sistema en mención desde su creación en el año 1978 no ha sido evaluado, sobre el funcionamiento del sistema consideró en su estudio que existen dos posiciones una que es el modelo socialista de integración de fondos y el modelo neoliberal, sobre el aseguramiento afirmó que según el informe estadístico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011, el gasto anual per cápita en salud en el Perú fue de 283 dólares y de los cuales 96 correspondieron a gasto de bolsillo y en comparación con otros países como Chile fue de 1022 dólares. Agregó que aproximadamente más del 20% de la población peruana no tenía un seguro de salud para esa fecha, además que en el año 2012 el Seguro Integral de Salud (SIS) tuvo para el 42% de la población un gasto per cápita fue de 35 dólares al año, en tanto EsSalud tuvo para el 30% de los peruanos un gasto per cápita de 196 dólares y las Entidades Prestadoras de Salud tenían para el 1,7% de la población un gasto per cápita de 542 dólares.

En los antecedentes nacionales de acuerdo a los trabajos de Francisco Sánchez Moreno, no se han realizado evaluaciones del sistema nacional de salud desde el año 1978. (Sánchez-Moreno, 2014, pp. 1 - 5).

1.2 Marco teórico

El Diccionario de filosofía definió que sistema es un: “conjunto de elementos relacionados entre sí funcionalmente, de modo que cada elemento del sistema es función de algún otro elemento, no habiendo ningún elemento aislado (...)”. (Ferrater, 1979, pp. 3062 - 3068).

De lo considerado en el párrafo anterior se entiende que en el sistema todos los elementos están articulados, cada uno depende del otro para su

funcionamiento, estos elementos pueden ser reales o también pueden ser conceptuales cuando se habla de reglas o normas, pero siempre están acompañados de otros elementos.

Se consideró como una de las definiciones de los sistemas como “conjuntos de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directo o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo (...)”. (Arnold y Osorio, 1998, p. 41).

Dichas relaciones en los sistemas buscaban cumplir objetivos, las definiciones imponían la necesidad de complementar los procesos sistémicos internos con una concepción de sistemas abiertos, con definición de un flujo de relaciones con el ambiente. Así también hubieron dos grupos de estrategias para la investigación de los sistemas generales: una sobre las perspectivas de los sistemas que concentro la relación del todo y sus partes, donde existe interdependencia de las partes y el orden que subyace tal interdependencia y la otra perspectiva de sistema que se concentró en procesos de frontera (sistema/ambiente), es decir la relación del sistema y también de su ambiente.

Sobre las bases epistemológicas de la Teoría de los Sistemas, según Bertalanffy consideró que “hablar de una filosofía de sistemas, ya que toda teoría científica de gran alcance tiene aspectos metafísicos (...) distingue en la filosofía de sistemas una ontología de sistemas, una epistemología de sistemas y una filosofía de valores de sistemas”. (Arnold y Osorio, 1998, p. 42).

Entonces considerando lo planteado por Bertalanffy en la filosofía de sistemas también se encontró la ontología, epistemología así como la filosofía de valores de sistemas.

Se consideró que “la epistemología de sistemas se refiere a la distancia de la Teoría General de los Sistemas con respecto al positivismo o empirismos lógico”. (Arnold y Osorio, 1998, p. 42).

Los autores plantearon entonces que hay una brecha entre la Teoría General de los Sistemas y el positivismo o empirismo lógico.

La epistemología del positivismo lógico según Bertalanffy fue “Fisicalista en el sentido que considera el lenguaje de la ciencia de la física como el único lenguaje de la ciencia (...). Atomista en el sentido que busca fundamentos últimos sobre los cuales asentar el conocimiento (...)”. (Arnold y Osorio, 1998, p. 42).

Se consideró estos términos dado que según el autor el único lenguaje de la ciencia es el lenguaje de la ciencia de la física y la importancia de lo planteado respecto al término atomista es que los fundamentos se basan sobre conocimientos.

Se sostuvo que en los últimos años se vio el concepto de sistema en la investigación científica, y cabe precisar que se usó desde hace siglos. “sistemas como entidades más que como conglomerados de partes es congruente (...) con la ciencia contemporánea a no aislar ya fenómenos en contextos, (...) abrir interacciones para examinarlas y examinar segmentos de la naturaleza cada vez mayores”. (Bertalanffy, 1989, pp.1 - 8).

Con este enfoque se dejó de estudiar a los sistemas como conglomerados y con la ciencia contemporánea se orientó el estudio de los sistemas a no aislarlos y abordándolos como entidades que interactúan.

La Teoría Holística fue “Una teoría cierta y no una simple hipótesis porque desde hace unos pocos años se puede dar por demostrada en base a fenómenos físicos que sólo se pueden explicar con ella (...)”. (Udina, 2010, p. 2).

La Teoría Holística entonces no fue una simple hipótesis y puede ser demostrada considerando los fenómenos físicos.

“Un sistema de gestión integral debe funcionar como un único sistema, un solo equipo que va hacía el mismo objetivo organizacional, un mismo propósito”. (Rojas, 2014, p. 6).

Se entiende que un sistema de gestión integral se orienta hacia un mismo fin o propósito, y dentro de este sistema todas sus partes se articulan entre ellos, funcionando como un equipo para cumplir con el propósito para el cual fueron creados.

La OMS sobre el sistema de salud definió que “engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal”. (Organización Mundial de la Salud, 2017, p. 1).

La definición de la OMS respecto a quien integra el sistema de salud es clara ya que precisó que en el sistema están tanto las organizaciones como las instituciones, así como los recursos.

Así la OMS definió que las principales funciones de un sistema de salud son cuatro “la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión”. (Organización Mundial de la Salud, 2017, p. 1).

Estas cuatro funciones de los sistemas de salud definidas por la OMS dan el marco orientador para la definición de sistemas de salud.

La OMS consideró que los tres objetivos finales, básicos o intrínsecos de los sistemas de salud son “i) mejorar la salud de la población; ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud”. (Secretaría de Salud, 2002, p. 146).

Estos objetivos planteados por la OMS son orientadores para la decisión de los objetivos de los sistemas de salud en el país, dado que con considerados por la OMS, la cual es una organización que se reconoce como una autoridad en salud a nivel internacional, estos objetivos contribuyen a orientar las acciones estratégicas para lograr mejorar que el sistema de salud mejore en beneficio de la salud de la población.

La OMS consideró que para que un sistema de salud funcione bien, debió responder de manera equilibrada a las necesidades y expectativas de una población mediante el mejoramiento del estado de salud, defendiéndolos contra las amenazas de su salud, brindándoles protección financiera frente a enfermedades, acceso a la atención y propiciando la participación en las decisiones que afectan a su salud como también al sistema de salud. También la OMS afirmó que sin políticas sólidas y liderazgo, los sistemas de salud no proporcionan espontáneamente respuestas equilibradas. “(...) los sistemas de salud están sujetos a poderosas fuerzas e influencias que a menudo anulan la formulación de políticas racionales (...)”. (La Organización Mundial de la Salud, 2010, p. 1).

Estas influencias que hizo mención la OMS, a las cuales pueden estar sujeto los sistemas de salud estuvieron referidas al contexto donde se desarrolla el sistema de salud que puede ser político, social, económico entre otros, los cuales tuvieron gran influencia en el momento de formular políticas de salud necesarias para el beneficio de salud de la población.

Así mismo la OMS también definió que son seis los componentes claves del sistema de salud: Liderazgo y gobernanza; sistemas de información sanitaria; financiamiento de la salud; recursos humanos para la salud; productos médicos esenciales y tecnologías y prestación de servicios. (Organización Mundial de la Salud, 2010, p. 2).

Esta pauta de la OMS respecto a los componentes claves del sistema de salud, estuvieron referidos a la complejidad de los temas que deberían abordarse en los sistemas de salud por ser su competencia abordarlos, diseñando políticas, proponiéndose objetivos y metas para mejorarlos a fin de atender la necesidades de salud de la población.

La OMS consideró que son cuatro los problemas más importantes que deben ser abordados por los sistemas de salud, estos son la crisis mundial de personal sanitario, la falta de recursos financieros, la insuficiencia de la información sanitaria, y la rectoría. Así mismo la OMS diferenció la definición de

sistema de salud de la definición de sistema de atención sanitaria que se entiende como las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. (Organización Mundial de la Salud, 2003, pp.115 - 117).

Esta diferencia planteada por la OMS fue muy importante porque marco la diferencia entre el sistema de salud y el sistema de atención sanitaria, precisando que el sistema de atención sanitario fue lo que están relacionado directamente con brindar la atención al paciente, que son los recursos, las personas y las instituciones.

Se consideró que un sistema sanitario tuvo elementos principales, los cuales fueron la población, la oferta, y el gobierno. Además se precisó que los sistemas sanitarios debieron considerar las diferentes características de la población que influyen en el sistema sanitario como son la educativa, demográfica, cultural y económica. Además mencionó las cualidades de un sistema sanitario óptimo, consideradas por la OMS como son la universalidad, la atención integral, equidad y flexibilidad. Consideró tres tipos de sistemas: El modelo liberal, socialista y mixto. El modelo liberal denominado también como libre mercado. (La Universidad Autónoma de Madrid, 2011, pp. 2 - 5).

La OMS consideró que “La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades (...) la cobertura universal implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población”. (La Organización Panamericana de la Salud, 2014, p.2).

Entonces se reconoció a la cobertura universal de salud como un punto importante en los sistemas de salud y se definió como la capacidad que tienen los sistemas de salud para poder responder a las necesidades de salud de la población, es decir involucra el financiamiento de la salud y la forma como el sistema de organiza para dar respuesta las necesidades de salud de la población.

La declaración política de la conferencia de las Naciones Unidas sobre el desarrollo sostenible también reconoció “la importancia de una cobertura sanitaria universal para fomentar la salud, la cohesión social y el desarrollo humano y económico sostenibles”. (Naciones Unidas, 2017, p. 30).

Se entendió y se reconoció que la cobertura universal tuvo importancia prioritaria para fomentar la salud, así como para el desarrollo humano y económico pero sostenible, y dada su importancia se reconoció inclusive en la conferencia de las Naciones Unidas, respecto al desarrollo sostenible.

En el informe de la conferencia internacional hacia la cobertura universal en salud, publicado por el Ministerio de Salud, el Doctor James Fitzgerald, director de sistemas de servicios de salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consideró que la cobertura “busca que toda la población acceda a los servicios necesarios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y tratamiento paliativo, los que deben contar con calidad suficiente para que resulten efectivos y protejan a las personas de los riesgos financieros”. (Ministerio de salud, 2014, p. 46).

Por ello la cobertura entonces implica acceder a los servicios de salud y que estos servicios sean de promoción, prevención, curación, rehabilitación y además tratamiento paliativo, es decir no es solo tratamientos y protección financiera, sino también implica el acceso a los servicios de salud de calidad y que realmente protejan a la salud de las personas.

En la 66° sesión del comité regional de la OMS para las Américas se definió al acceso universal como “la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, socio cultural, de organización o de género (...) se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras (...)”. (La Organización Panamericana de la Salud, 2014, p. 4).

Esta definición dada por la OMS, tomó mayor importancia para generar acciones y lograr el acceso universal de salud, y para lograrlo se afirmó que es

necesario la eliminación de barreras para acceder a los servicios integrales de salud.

Así también en la 66° sesión del comité regional de la OMS, para las Américas se manifestó que se “considera que el acceso universal y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo a los servicios”. (Organización Panamericana de la Salud, 2014, p. 5).

Por su importancia que tienen el acceso universal y la cobertura universal, ambos para tener un sistema de salud equitativo, se entendió que ambas se complementan y son necesarias para alcanzar sistemas de salud equitativos.

Por ello la OPS en la citada 66° sesión del comité regional de la OMS para las Américas, reconoció que el acceso universal y la cobertura universal “se constituyen en condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar (...) son necesarias para lograr los resultados de la salud y otros objetivos fundamentales de los sistemas de salud”. (Organización Panamericana de la Salud, 2014, p. 5).

Siendo así el acceso universal y la cobertura universal deberían ser tomados como requisitos previos a alcanzar a fin de lograr la salud y el bienestar de las personas, es mas también son necesarios para lograr los objetivos de los sistemas de salud.

En el informe de la conferencia internacional hacia la cobertura universal, se precisó que en el año 2005 la Asamblea Mundial de la Salud “acordó profundizar su trabajo sobre la reforma de los sistemas de financiamiento orientados a lograr cobertura universal en salud (...)”. (Ministerio de Salud, 2014, p. 24).

Siendo así se observa la importancia que tomó la cobertura universal en salud desde hace más de trece años y por ello los países miembros de la OMS orientaron sus acciones con miras a mejorar el financiamiento de los sistemas de salud con la finalidad de lograr la mencionada cobertura.

En el mismo informe en la conferencia internacional hacia la cobertura universal del año 2005 también “aprobaron una resolución por la que se estimula a los países a desarrollar sistemas de financiación sanitaria capaces de alcanzar o de mantener la cobertura universal de servicios de salud”. (Ministerio de Salud, 2014, p. 23).

Con este acuerdo se entendió que todos los países deberían haber iniciado desde el año 2005 diversas acciones innovadoras para incrementar el financiamiento en salud y encaminarse hacia el logro de la cobertura universal en sus países, además los países que la habían alcanzado también debían desarrollar acciones para seguir manteniendo la cobertura universal.

En el informe de la conferencia internacional hacia la cobertura universal en salud, se reconoció que para “mejorar la eficiencia en la organización y en prestación de salud, se recomienda el funcionamiento de los servicios por medio de modelos centrados en la persona, integración de los diferentes subsistemas, la mancomunación de los recursos financieros, (...)”. (Ministerio de Salud, 2014, p. 49).

Con esta recomendación con miras a mejorar la eficiencia en la organización de salud y en las atenciones de salud que se brinda a la población, se reconoció puntos importantes que contribuirían para alcanzarla que incluyen a la persona como centro del modelo de gestión, otro punto importante que recomendaron fue la integración de los diferentes subsistemas de salud así como un modelo mancomunado de financiamiento para mejorar la prestación de salud.

En un estudio de tesis se consideró que la intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública consideró que el grado de integración del sistema de salud es el “nivel de coordinación y sinergismo existente entre los subsistemas y las instituciones que integran el sistema de salud en general, y de servicios de salud en particular. Factor que debe contribuir a la intersectorialidad en salud” (Castell-Florit, 2008, p. 16).

El grado de integración del sistema de salud se entendió como la sinergia y niveles de coordinación entre las partes que componen un sistema, estas pueden ser instituciones o subsistemas, inclusive estas instituciones pueden ser públicas o privadas, lo relevante aquí es la sinergia y la coordinación para un fin del sistema de salud.

En el informe hacia la cobertura universal, se precisó que la OMS en su constitución del año 1948 consideró a “la salud como un derecho humano fundamental, sin distinciones de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. (Ministerio de Salud, 2014, p. 23).

Entonces se evidenció que la OMS desde el año 1948, es decir desde hace aproximadamente 70 años reconoció a la salud como un derecho fundamental de las personas y sin ninguna distinción.

La salud según la constitución de la OMS fue definida, como el “estado de completo bienestar psicológico, físico y social que tiene una persona, y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones”. (Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 1).

Dicha definición fue y sigue siendo importante por ser la OMS el máximo organismo gubernamental en temas de salud reconocido a nivel mundial, así también con este concepto se marca la pauta que la salud abarca mucho más que el solamente no estar enfermo sino que involucra también en el ser humano su psicología, su parte social y su parte física.

La OPS (1978) desde la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, reiteró que la salud es:

El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos

otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.
(p.1).

El concepto de salud ha ido evolucionando en el tiempo, desde el concepto de Alma Ata a la actualidad, lograr introducir en el ámbito de salud que la salud es el resultado también de otros factores que no involucran a los servicios de salud, ha sido y viene siendo discutido en diferentes espacios, por ello es importante considerar su evolución partiendo desde la Declaración de Alta.

En un estudio de tesis doctoral sobre la intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública definió a la salud como “categoría biológica, psicológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad que expresa el nivel de bienestar físico, mental y social de individuos, la familia y colectivos de trabajadores y la comunidad en cada momento de desarrollo (...)”. (Castell - Florit 2008, pp.16 - 17).

Con este estudio también consideró que la definición de salud se expresa en el nivel de bienestar físico, mental y social de la persona, la cual está relacionada a la definición que planteó la OMS.

Alcántara en diversos estudios concluyó sobre la salud que “(...) se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, (...)”. (Alcántara, 2008, pp. 93 - 107).

Este estudio contribuyó a ratificar los conceptos de salud definidos por la OMS y además planteó que la salud también se relaciona con la política, la economía, así como la psicología y la biología, dándole un enfoque a la salud multicausal así como multidimensional.

En la conferencia nacional de las Naciones Unidas sobre el desarrollo sostenible en el acuerdo sobre salud y población se reconoció la importancia de la salud como una condición previa, un resultado así como un indicador de las

dimensiones económica, social y ambiental del desarrollo sostenible, así mismo en la misma conferencia se afirmó entre otros puntos que para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y que la población tenga bienestar físico, mental y social era necesario primero superar la alta prevalencia de enfermedades transmisibles como no transmisibles. “Estamos convencidos de que las medidas sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud, tanto para los pobres y vulnerables como para toda la población, son importantes para crear sociedades inclusivas, equitativas, económicamente productivas y sanas”. (Naciones Unidas, 2012, p. 30).

La importancia de poder lograr como Perú los ODS se hacen cada vez más necesario y también complejo porque además de implicar el reto de superar la ausencia de enfermedades trasmisibles y no transmisibles en las personas, también implica que la población tenga un pleno estado de bienestar físico, así como mental y social, poder lograr alcanzarlos implicará gestionar los determinantes sociales de la salud en toda la población y especialmente en la población más vulnerable, la cual por el territorio donde vive esta en mayor riesgo de enfermar.

La declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud (2011) reconoció que para gestionar el problema de las inequidades sanitarias se debe “Adoptar una mejor gobernanza ...; fomentar la participación en la formulación y aplicación de las políticas; seguir reorientando ... con miras a reducir las inequidades sanitarias; fortalecer ...la colaboración ...; vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas”. (Organización Mundial de la Salud, 2011, p. 2).

La gestión de los determinantes sociales de la salud implican más allá del solo hecho de realizar la coordinación, implicó articularse para obtener resultados que permitan disminuir las inequidades en salud, así mismo se requiere mejorar la gobernanza, hacer sinergias de colaboración, rendición de cuentas, en si son un paquete de puntos claves que se requieren gestionar para el abordaje efectivo de los determinantes sociales de la salud a fin de disminuir las inequidades de la salud.

La OMS definió que el termino equidad en salud está referido a “la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos, y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables”. (Organización Panamericana de la Salud, 2014, p. 5).

Se entendió a partir de esta definición de la OMS, que la equidad en salud se refiere a que todas las personas pueden acceder a los servicios de salud de calidad y en forma oportuna, que vivan todas en entornos saludables y que no existan diferencias respecto al financiamiento.

La OMS consideró respecto a los determinantes sociales de la salud que “El género, la etnia, la edad y la condición económica y social, son determinantes sociales específicos que impactan de forma positiva o negativa a la inequidad en salud”. (Organización Panamericana de la Salud, 2014, p. 5).

Esta precisión de la OMS respecto a la etnia, la condición social, la edad, y el género como determinantes sociales que están estrechamente ligados a la salud, fue importante porque sirvió de orientación a las intervenciones.

La OMS definió que el término eficiencia estaba referido a “la utilización óptima de recursos para el alcance de objetivos sociales determinados”. (Organización Panamericana de la Salud, 2014, p. 5).

La eficiencia en salud fue de gran importancia dado que contribuyó al uso óptimo de los recursos disponibles en el alcance de objetivos sociales.

Declaración de Helsinki sobre la Salud en Todas las Políticas (STP) fue un “enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que de manera sistemática tiene en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud (...)”. (Organización Mundial de la Salud, 2013, p. 2).

Esta declaración buscó el abordaje de la salud involucrando a otros sectores con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud, STP significó que todos los sectores de gobierno de un país consideren a las actividades relacionadas a la salud en sus decisiones y políticas.

Se buscó generar políticas de salud mediante todos los sectores de gobierno, considerando el impacto de estas en las prácticas de salud, bienestar y equidad en salud, Así también se reconoció a la salud como prioridad de gobierno para lograr una población sana que contribuya a los objetivos de los sectores de gobierno. Se reconoció la necesidad del sector salud y su accionar fuera de lo tradicional, es decir más allá de los hospitales y centros de atención primaria. Se orientó a generar acciones de articulación con otros sectores, como una forma de minimizar eventos externos desfavorables a la salud o la equidad en salud. Se reconoció la importancia de los determinantes sociales sobre la salud, se promovió la articulación intersectorial ganar-ganar, además fue clave para resolver la problemática de los determinantes sociales. (Organización Mundial de la Salud, 2013, p. 2).

En la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la Agenda de Salud Post-2015 se planteó “la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio no alcanzados como factores importantes para la equidad y el desarrollo humano”. (Organización Panamericana de la Salud, 2014, pp. 4 - 5).

El haber planteado la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en la Asamblea Mundial de salud sobre la Agenda de Salud Post - 2015 significó que aun quedan temas importantes en salud por abordar ya que están relacionados a la equidad como al desarrollo humano.

Se definió a la política como “Una de las esferas sociales cuyas prácticas son exclusivamente discursivas; la cognición política está, por definición, ideológicamente fundamentada; y las ideologías políticas son en gran parte reproducidas por el discurso”. (Dijk, 2005, p. 14).

Entonces uno de los factores principales en la política que se debió considerar para hacerlas efectivas fue la capacidad de transmitir o comunicar la política mediante el ámbito social, en el cual se trasmite el discurso político ideológicamente fundamentado.

Así también se consideró que “la política se basa en el hecho de la pluralidad de los hombres (...) los hombres son un producto humano, terrenal, el producto de la naturaleza humana”. (Arendt, 1997, p. 14).

Se consideró la diversidad de las personas dado que implica que la política en su composición es compleja por la misma pluralidad de los hombres, y el mensaje político en su transmisión debe involucrar a todos los hombres.

La OMS consideró en relación a las políticas que “Las políticas sociales y económicas contribuyen a que haya diferencias en cuanto a las oportunidades y pueden afectar la capacidad tanto de hombres como de mujeres para otorgar prioridad a la salud”. (Organización Panamericana de la Salud, 2014, p. 5).

En el diseño de las políticas es necesario tener en cuenta que las políticas económicas y sociales generan diferencias de oportunidades en las personas de diferente sexo.

Se consideró que la política nacional de salud debió incluir los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud, debe incluir también los estilos de vida y la socialización y empoderamiento del individuo y de la población. “Un objetivo fundamental de una política nacional de salud debe ser el crear las condiciones que aseguren la buena salud para toda la población”. (Navarro, 2008, p. 40).

Se dedujo la importancia de tener políticas de nacionales de salud que generen entornos y condiciones de vida que contribuyeran a mejorar la salud de la población, y no políticas de salud orientadas únicamente a mejorar servicios de salud.

Se precisó que los principales componentes de una política nacional de salud fueron de tres tipos. “El primer componente incluye intervenciones públicas dirigidas al establecimiento, mantenimiento y fortalecimiento de los determinantes estructurales de la buena salud (...)”. (Navarro, 2008, p. 40).

Las políticas son de tres tipos, las políticas de estado, las políticas de gobierno y las políticas institucionales.

Las políticas de estado según el Acuerdo Nacional “Definen lineamientos generales para lograr un desarrollo inclusivo, equitativo y sostenible y para afirmar la gobernabilidad democrática en el país”. (Acuerdo Nacional, 2014, p.1).

Las políticas de estado en el país fueron necesarias para orientar el desarrollo del propio país, dar continuidad a las políticas dadas, así como para fortalecer la gobernabilidad.

Las políticas gubernamentales, son políticas transitorias pero también pueden ser continuadas por un nuevo gobierno, como fueron la política de descentralización, la política económica y la política de modernización.

Las políticas institucionales son las políticas funcionales y están relacionadas al cumplimiento de la misión.

Según el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico en una publicación sobre los avances de la política sectorial en el marco de la política general de gobierno, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Agenda 2030 a noviembre 2016, consideró que la finalidad de la política de gobierno para el tema de salud era “transformar los beneficios del crecimiento económico del país en condiciones de vida y de acceso a servicios que mejoren la salud de los ciudadanos”. (Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, 2016, p. 51).

Siendo así el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico planteó que la política en salud debe lograr transformar las condiciones de vida y lograr el acceso a los servicios de salud.

Abordar en la gestión de salud los determinantes estructurales de la salud se hacen cada vez más necesarios, por ello se consideró que debe ser el primer componente de las políticas nacionales de salud, desarrollando acciones orientadas a su fortalecimiento, mantenimiento e inclusive a su establecimiento.

“El segundo tipo de intervenciones incluye políticas públicas dirigidas a individuos y están enfocadas en lograr cambios en el comportamiento individual y de los estilos de vida...”. (Navarro, 2008, p. 40).

Navarro considero importante y una necesidad desarrollar este componente en la política, que van justamente dirigidas a la persona a fin de lograr cambios en su mismo comportamiento con miras a generar cambios saludables en su estilo de vida.

El tercer tipo de componente “... la socialización y el empoderamiento de los determinantes...”. (Navarro, 2008, p. 41).

Navarro lo consideró como un componente de gran importancia para el desarrollo de las políticas públicas en salud, por orientarse al abordaje de salud que involucro a otros sectores que influyeron en las condiciones que viven las personas y las cuales influyen la salud de la población.

Se consideró que el sector salud fue el "conjunto de organizaciones públicas, privadas y de otros sectores, encargadas de la promoción, protección, curación y rehabilitación de la salud. Es un concepto eminentemente institucional". (Castell - Florit, 2008, p. 17).

Siendo así el sector salud estuvo integrado por organizaciones que desarrollaron actividades de salud ya sean estas entidades públicas o privadas.

Se definió que los “componentes son conjuntos de elementos que representan al sector y describen aspectos que lo definen como un sistema”. (Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, 2014, p.14).

Técnicamente el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, que es el rector en planeamiento en el Perú, definió en el año 2014 que los elementos que representan al sector son los componentes.

La OMS, sobre las evaluaciones en el sector salud considero que “Tradicionalmente se han dirigido a estudiar estructuras, procesos y/o resultados de servicios, programas y políticas”. (Secretaria de Salud, 2002, p. 146).

Sobre las evaluaciones que se han desarrollado sobre el sector salud citados por la OMS afirmaron que estas abordaron los puntos de estructura, procesos, resultados, así como programas y políticas, al respecto es importante mencionar que el solo hecho de cumplir con metas no resuelve el problema de salud, pero si significa un avance.

La OMS consideró a su vez que “El cumplimiento de las metas operativas no siempre implica el éxito de una iniciativa de salud (...)”. (Secretaria de Salud, 2002, p. 146).

Esta consideración de la OMS, es importante porque se deduce que se enfoca en el resultado de la gestión que justamente tiene como objetivo mejorar la salud de la población, que se vea un cambio favorable en la salud de las personas, y que vaya más allá del solo cumplimiento de metas, lo cual por lo general no refleja un cambio evidente y de valor para la salud de la población.

La OMS precisó que “Por estas razones resulta necesario complementar estas evaluaciones con evaluaciones dirigidas a medir el desempeño global de los sistemas de salud”. (Secretaria de Salud, 2002, p.146).

La secretaría de salud consideró que las evaluaciones de los sistemas deben orientarse a medir el desempeño de los sistemas de salud en forma amplia incluyendo también sus componentes y no solo el cumplimiento de metas de políticas, programas o resultados del servicio de salud.

En el documento teoría de indicadores de Gestión y su aplicación práctica se consideró que los indicadores de gestión consistían en "...instrumentos que permita (...) administrar la empresa y hacer posible la comparación de los resultados con las metas propuestas (...). También crear mecanismos de detección de fallas que garanticen la posibilidad de llevar a cabo acciones concretas (...)" (Silva, s.f., p. 2).

El uso de los indicadores de gestión en una empresa permite alcanzar logros, realizar comparaciones de los resultados obtenidos con las metas planteadas, facilitando en la gestión y la identificación de fallas oportunamente a fin de ser superadas.

Así también los clasificó a estos indicadores de gestión en: Eficiencia, eficacia y efectividad.

Según el diccionario de la Real Academia Española la definición de "Reforma es aquello que se propone, proyecta o ejecuta como innovación o mejora en algo". (Real Academia Española, s.f, p. 1).

Según esta definición de la Real Academia Española se entendió por reforma todo lo que se propone o ejecuta en el sentido de innovar, así también aquello que se hace para mejorar algo.

Pablo Nieto considero que reforma del sector salud se definió como "un proceso de cambios estructurales (...) en lo político, en lo técnico y en lo administrativo, dirigido a lograr (...) cobertura de servicios de salud de la población... utilizando (...) todos los recursos existentes sean estos de carácter público o privado (...)". (Nieto, 1995, p. 272).

Se entendió entonces que la reforma del sector salud debió llevar de manera inmediata o progresiva a cambios en el sector, que involucren puntos claves como la estructura, técnico, administrativo y también político.

Además Pablo Nieto consideró que la reforma del sector salud debió tener atributos tales como equidad, solidaridad, universalidad, integralidad, participación, descentralización, Así mismo consideró que deberían tener también atributos así como categorías como la eficiencia, reingeniería de los modelos de atención, y reconversión de los recursos humanos. Por otro lado también considero que implica tener definidos el proceso político así como el proceso técnico y administrativo.

1.2.1. Marco legal de la reforma de salud

La Constitución Política del Perú en su artículo 7° ordenó que todos tienen derecho a la protección de su salud; así mismo el artículo 10° explicitó que el Estado reconoció el derecho universal y progresivo de las personas a la seguridad social para su protección frente a contingencias que precise la ley. Además en el artículo 11° considero que el Estado garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud, también a las pensiones, mediante las entidades sean públicas, mixtas, o privadas. (Anexo 1).

La Constitución Política del Perú también explicitó en el artículo 9° que es el Estado quien determina la política nacional de salud, también agregó que es el Poder Ejecutivo quien norma y supervisa la aplicación de la Política.

Es la Constitución Política del Perú quien determina claramente que la política nacional de salud es dada por el Estado y que es el Poder Ejecutivo el encargado de normar esta política, así como realizar la supervisión de todas las acciones en el marco de la aplicación de la política, con el fin de facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud.

La gestión de la salud implicó un marco regulatorio que está contemplado entre otras normas en la Ley de Modernización de la Gestión del Estado, el

Decreto Supremo 027-2007-PCM y el Decreto Supremo 004-2013 - PCM. (Anexos 2, 3, 4).

El Decreto Supremo 004-2013-PCM, con el cual se aprobó la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, consideró entre sus principios orientadores a la articulación intergubernamental e intersectorial que “Las entidades públicas deben planificar y ejecutar sus acciones de manera articulada (...)”.

Con esta política de modernización se precisó la necesidad de articular con los niveles de gobierno nacional, regional y local, así como realizar la articulación con otros sectores con la orientación de hacer un mejor uso de los recursos, generando cooperación a fin de responder con eficacia y eficiencia a las necesidades del ciudadano.

La misma Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, sobre las políticas públicas nacionales, consideró que para establecer políticas públicas era necesario la determinación de objetivos claros y que para ello el Estado en su accionar busca actuar coherentemente, articuladamente para un mejor servicio al ciudadano y contribuir al desarrollo nacional.

La Ley Orgánica del Poder Ejecutivo en su artículo 43° definió que los sistemas son los conjuntos de principios, normas, procedimientos, técnicas e instrumentos que sirven para organizar las actividades de la Administración Pública y que solo por ley se crea a un sistema. Además en los artículos 45° y 46° los clasifico en sistemas funcionales y sistemas administrativos, y mencionó que la finalidad de sistemas funcionales es asegurar el cumplimiento de las políticas públicas y que para ello necesitan la participación de todas o varias entidades del Estado. (Anexo 5).

La Ley Orgánica del Poder Ejecutivo sobre los sistemas en su artículo 44° definió que “Los Sistemas están a cargo de un Ente Rector que se constituye en su autoridad técnico-normativa a nivel nacional; (...) es responsable de su correcto funcionamiento (...)”.

Con este artículo la Ley orgánica del Poder Ejecutivo precisó claramente que los sistemas cuentan con un ente rector, este ente rector tiene la rectoría tanto técnica como normativa sobre el sistema que tiene a cargo.

La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, consideró que “Los sectores del nivel nacional deben desarrollar sus capacidades de rectoría enmarcadas en los alcances de las políticas sectoriales de su responsabilidad (...)”

El desarrollo de la rectoría es muy necesario para ejercer sus funciones y para ello la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública precisó el marco de la rectoría, la cual debe ejercerse en los alcances de las políticas propias del sector.

La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, estableció que el Perú es “Un Estado unitario y descentralizado requiere articular y alinear la acción de sus niveles de gobierno (...)”.

Se reconoció la necesidad de la articulación del nivel nacional regional y local en el marco de la descentralización del Perú, dado que este proceso de descentralización demandaba mayor articulación como país unitario.

La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública explicitó que las entidades del nivel nacional, regional y locales de gobierno debieron “Impulsar, apoyar y constituir espacios y mecanismos de coordinación interinstitucional, así como diversas iniciativas y formas posibles de cooperación interinstitucional que contribuyen a expandir la capacidad de desempeño”.

Los mecanismos señalados fueron con la finalidad de tener políticas públicas coordinadas, dichos mecanismos precisaron que la política de modernización de la gestión pública que se dan en dos ejes de relación interinstitucional, un eje que es el vertical entre entidades de distintos niveles de gobierno, nacional, regional y local; y el eje horizontal, que se da entre entidades de un mismo nivel de gobierno.

Este punto tan importante como fue la coordinación y articulación interinstitucional e intergubernamental en el Perú tiene todavía retos por superar que están relacionados según la política de Modernización de la Gestión Pública a limitaciones de tipo legal o de consensos, además de problemas de diseño y funcionamiento, no diferencia dos planos importantes o dimensiones de coordinación y cooperación interinstitucional. Cabe señalar que tanto los objetivos y los actores son distintos en el plano político y en el de gestión. Así mismo consideró que es difícil que los sectores del Gobierno Nacional puedan articularse en políticas multisectoriales en territorios específicos, por eso se crearon los gobiernos descentralizados más cercanos a las necesidades de la población.

La Ley General de Salud explicitó que el Ministerio de Salud es la autoridad de salud es decir quien se organiza y ejerce a nivel central, desconcentrado y descentralizado, así también señaló que dicha autoridad la ejercen los órganos del Poder Ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno. Son funciones del Ministerio de Salud la dirección y gestión de la política nacional de salud y por ende es la máxima autoridad normativa en salud, así mismo en el artículo 125° aclaró que el ejercicio descentralizado de competencias de control en materias de salud, no supone la competencia normativa, salvo se precise lo contrario, y en el caso de delegación de competencias no está referido a delegación de facultades normativas. Esta ley también ordenó que están sujetas a la supervigilancia de la Autoridad de Salud a nivel nacional las entidades públicas que están facultadas para controlar aspectos sanitarios y ambientales. (Anexo 6).

En ese sentido, la Ley de Bases de la Descentralización estableció, entre otros aspectos, la finalidad, principios, objetivos y criterios generales del proceso de descentralización; estableciendo las competencias de los tres niveles de gobierno y también reguló las relaciones de gobierno en sus distintos niveles. Así mismo precisó que la finalidad de la descentralización es el desarrollo integral, armónico y sostenible del país, mediante la separación de competencias y funciones. Las competencias son de tipo exclusivas, compartidas y delegables,

siendo las competencias compartidas aquellas que se asumen por dos o más niveles de gobierno. (Anexo 7).

La “Salud Pública” se estableció como una competencia compartida para con los gobiernos regionales, conforme a lo establecido en el literal b) del artículo 36°. Para el caso del gobierno nacional, se estableció que las competencias compartidas se deberían regir por la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y las leyes específicas de organización y funciones de los distintos sectores que la conforman, conforme a lo establecido en el artículo 27°.

Así, la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, en su artículo 5°, señaló que el ejercicio de las competencias compartidas del Poder Ejecutivo con los gobiernos regionales y los gobiernos locales están regidos por la Constitución Política del Perú, la Ley de Bases de la Descentralización, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, la Ley Orgánica de Municipalidades, así como por las Leyes de Organización y Funciones de los Ministerios y las entidades que componen el Poder Ejecutivo, según corresponda.

Precisó en el artículo 23°, literales c) y e), que son funciones de los Ministerios, cumplir y hacer cumplir el marco normativo relacionado con su ámbito de competencia, ejerciendo la potestad sancionadora correspondiente; y, realizar seguimiento respecto del desempeño y logros alcanzados a nivel nacional, regional y local, y tomar las medidas correspondientes.

La Ley 27813 promulgada en el año 2002 creó al sistema nacional de salud vigente y lo denominó como Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, este sistema señaló la ley que tiene como fin coordinar la aplicación de la política nacional de salud en el país, mediante acciones que permitan su implementación de manera concertada y descentralizada con miras a alcanzar la seguridad social universal en salud. Esta ley también creó al Consejo Nacional de Salud (CNS) el cual entre otras de sus funciones debe ejercer la concertación y coordinación intra e intersectorial en salud, así como proponer la política nacional de salud. (Anexo 8).

La Ley 29344, Ley del Aseguramiento Universal, estableció el marco normativo a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, el aseguramiento, en base al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es un proceso que permite según la ley acceder a un conjunto de prestaciones de salud preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad. (Anexo 9).

En el año 2013 a través del Resolución Suprema 001-2013/SA el Poder Ejecutivo del Estado Peruano encargó al CNS formular y proponer medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del sector salud y fortalecimiento del sistema nacional de salud, por lo que el Consejo aprobó en su centésima cuadragésima sesión del 04 de julio del 2013 el documento titulado propuestas de medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del sector salud y el fortalecimiento del sistema nacional de salud. Mediante este documento el Consejo aprobó doce lineamientos y propuso cuatro retos de la reforma del sector salud que fueron extender mejoras en el estado de salud de toda la población; instaurar cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad; avanzar hacia un sistema al servicio de la población y aliviar la carga financiera. (Anexo 9).

En el marco de la reforma de salud en el año 2013 se publicó la Ley 30073, con esta Ley el Poder Ejecutivo recibió facultades para legislar en salud y en merito a ello se dieron 23 decretos legislativos. (Anexo 11).

De los decretos, el Decreto Legislativo 1161, que aprobó la Ley de Organización y Funciones (LOF) del Ministerio de Salud, en su artículo definió las funciones rectoras del Ministerio de Salud, atribuyéndole entre otras funciones la de conducir el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y realizar el seguimiento y evaluación de los resultados de las políticas, planes y programas de los integrantes del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. (Anexo 12).

Así mismo el Decreto Supremo 008-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de salud, en su artículo 1° sobre la naturaleza jurídica preciso que el Ministerio de Salud “Diseña, establece, ejecuta y supervisa políticas nacionales y sectoriales de salud y ejerce la rectoría respecto a ella. Constituye el ente rector del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”. (Anexo 13).

Entonces, con este decreto se reafirma que el Ministerio de Salud es el rector del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de salud y sus políticas son de aplicación nacional.

Posteriormente en diciembre 2016 se publicó el Decreto Legislativo 1305 (Anexo 14), Decreto que optimiza el funcionamiento y los servicios del sector salud, en el cual se derogó al Decreto Legislativo 1166 (Anexo 15), que creó las Redes Integradas de Atención Primaria de la Salud (RIAPS), se desactivo la Escuela Nacional de Salud Pública, se incorporó al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas al Ministerio de Salud y posteriormente mediante la Ley 30545 (Anexo 16), se dejó sin efecto al Decreto Legislativo 1305.

El decreto Legislativo 1159 (Anexo 17), del intercambio prestacional de servicios de salud, dado también en el marco de la reforma de salud en el año 2013, fue derogado por el Decreto Legislativo 1302 (Anexo 18), con el objetivo de optimizar el intercambio prestacional en el sector público, generando la articulación de la oferta pública.

1.3 Marco espacial

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, fue creado con la finalidad de coordinar la aplicación de la política nacional de salud, impulsando que se implemente de forma concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector, conformado por el Ministerio de Salud como rector, EsSalud; que se encarga de los trabajadores y su familia; Sanidades de las Fuerzas Armadas; Sanidad de la Policía Nacional; los servicios de salud de las municipalidades, los servicios de salud privados, las universidades y la sociedad civil organizada. Este sistema tiene tres niveles de

organización el nivel nacional, regional y local. La realidad es que el sistema de salud del Perú es aún segmentado y fragmentado porque más de un ministerio gestiona la salud de sus asegurados, como son entre otros, las Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, el Instituto Nacional Penitenciario, EsSalud, así como también los servicios privados y las municipalidades.

A nivel nacional desde el año 2002 se encuentra CNS, como órgano consultivo del Ministerio de Salud que tiene la misión de concertación y coordinación nacional del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, mediante su ley de creación se le atribuyó las funciones de proponer la política nacional de salud, el plan nacional de salud, generar la concertación y coordinación intrasectorial e intersectorial en salud, dichas funciones se consideran no han sido desarrolladas en su totalidad a la fecha del presente estudio.

A nivel regional y local en el marco de la Ley 27813 se crearon a los consejos regionales y provinciales de salud, que cabe precisar que son órganos de concertación, coordinación y articulación del sistema. Estos órganos tienen, como principales funciones promover la concertación, coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de todas las actividades de salud y niveles de atención de la región y de la provincia.

Siendo función del CNS elaborar la propuesta de plan nacional, el Ministerio de Salud en el año 2006 llevó a cabo un proceso de planificación técnico, político y social para elaborar el plan nacional concertado de Salud que fue aprobado por el CNS en su sesión 56 mediante acuerdo 327 y se formalizó con la Resolución Ministerial 589-2007/MINSA. (Anexo 19).

Con el propósito de hacer más dinámica y eficiente la labor de las instituciones del Estado, la Constitución Política del Perú consideró necesario el proceso de descentralización, mediante el cual se reguló la estructura y organización del Estado en forma democrática, descentralizada y

desconcentrada, correspondiente al gobierno nacional, gobiernos regionales y gobiernos locales.

El Ministerio de Salud, es la autoridad sanitaria nacional, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad en materia de salud y sus competencias comprenden la salud de las personas, aseguramiento en salud, epidemias y emergencias sanitarias, entre otras consideradas en el Decreto Legislativo 1161 de la LOF.

Según su Reglamento de Organización y Funciones (ROF), la estructura organizacional del Ministerio de Salud es la alta dirección; órganos consultivos; donde está el CNS; órganos de control; órganos de defensa jurídica; órganos de asesoramiento, que en marco de el Decreto Supremo 008-2017 - SA, Decreto Supremo 011-2017-SA, Decreto Supremo 032-2017-SA, (Anexos 20, 21,22), que aprobaron el nuevo ROF incluyó a la oficina general de gestión descentralizada y secretaría de coordinación (dicha secretaria es la instancia administrativa y técnica del CNS y en los anteriores reglamentos de organización y funciones dependía directamente del CNS y por ende del despacho ministerial); órgano de apoyo; órganos de línea; que incluye al despacho viceministerial y salud pública y el despacho viceministerial de prestaciones y aseguramiento en salud; órganos desconcentrados que incluyen los 18 hospitales (Hospital Nacional Cayetano Heredia, Hospital Nacional Sergio Bernales, Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Hospital Santa Rosa, Hospital San Juan de Lurigancho, Hospital de Emergencias Pediátricas, Hospital Hermilio Valdizán, Hospital Vitarte, Hospital Huaycán, Hospital Agurto Tello de Chosica, Hospital María Auxiliadora, Hospital de Emergencia Casimiro Ulloa, Hospital Larco Herrera y el Hospital de Emergencia Villa El Salvador), siete Institutos Nacionales especializados (Instituto Nacional de Oftalmología, Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña, Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, Instituto Nacional Materno Perinatal, Instituto Nacional de Salud Mental, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas y el Instituto Nacional de Rehabilitación), cuatro direcciones de redes integradas de salud, centro nacional de abastecimiento de

recursos estratégicos en salud y el centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades. Cabe precisar que el Ministerio de Salud después de julio 2017 contó con 363 establecimientos de salud y antes de julio 2017 el Ministerio contaba con el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, 9 redes de salud, 2 direcciones de salud, 18 hospitales, 7 institutos y 363 establecimientos de salud.

El Decreto Supremo 013-2006 - SA (Anexo 23), que aprobó el Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, es de aplicación para el Ministerio de Salud y todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos y privados, incluyendo a los de EsSalud, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional del Perú, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. Este decreto diferenció en establecimientos con internamiento: Hospitales o clínicas de atención general, hospitales o clínicas de atención especializada, centros de salud con camas de internamiento, centros de atención geriátrica e institutos de salud especializados; y en establecimientos sin internamiento: Puestos de salud o postas de salud, centros de salud o centros médicos, policlínicos, centros médicos especializados y consultorios médicos y de otros profesionales de la salud, actualmente está vigente la norma técnica de categorización según Resolución Ministerial 076-2014-SA (Anexo 24), que clasificó a los establecimientos de salud según niveles:

En el primer nivel de atención se estableció 4 categorías que fueron el I-1, I-2, I-3 y I-4; la I-1 (Consultorio o puesto de salud, la consulta externa no lo realiza el médico), I-2 (Consultorio médico y cuenta con consulta externa realizada por médico), I-3 (Centro de salud o centro médico, con laboratorio y farmacia) y I-4. (brindó atención integral ambulatoria, comunitaria y recuperativa básica, tienen médico, enfermera, obstetra y técnico, puede también contar con profesionales en especialidades básicas, así como con internamiento y brinda atención integral las 24 horas).

En el segundo nivel de atención se establecieron tres categorías que fueron con atención integral (II-1) y atención especializada (II-2 y II-E), la II-1 que

desarrolló actividades de prevención, recuperación y atendió complicaciones de leves a moderadas. Tuvo cuatro tipos de especialidades (pediatría, gineco obstetricia, medicina interna y cirugía), con atención de 24 horas. La II-2, brindó atención integral especializada en manera ambulatoria y hospitalaria, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud, con atención de 24 horas. En la II-E se brindó atención especializada.

El tercer nivel de atención se estableció que cuente con tres categorías la III-1, III-2 y III-E. La categoría III-1, brindó atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de unidades productoras de servicios de salud médico quirúrgico de alta complejidad para los casos que requieren cuidados intensivos. La categoría III-2, proponía normas, estrategias e innovación científico tecnológica en un área de la salud o etapa de vida a través de la investigación, docencia y prestación de servicios de salud altamente especializados. La tercera categoría la III-E que correspondió a un Hospital especializado o Clínica especializada.

1.4 Marco temporal

En el presente trabajo se tomó como línea de base los datos del año 2012 y se realizó el análisis documental de cinco años desde el 2013 que se dio la reforma de salud al año 2017.

1.5 Contextualización

La OMS consideró que hubieron avances y ellos se han hecho evidentes mediante políticas para fortalecer los sistemas de salud que van desde Alma Ata en el año 1978, la Carta de Ottawa en 1986, la declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud del 2011, la conferencia de las Naciones Unidas sobre el desarrollo sostenible del año 2012, la resolución de las Naciones Unidas en diciembre 2012, la declaración de Panamá para reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil en el año 2013 y la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA67.14 realizada en el año 2014 sobre la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015, en esta

última se planteó la cobertura universal de salud y los ODM no alcanzados como factores importantes para la equidad y el desarrollo humano. (Organización Panamericana de la Salud, 2014, p. 7).

El marco de políticas para salud tiene en su contexto la acción intersectorial esbozada desde la declaración de Alma – Ata, así mismo las políticas públicas saludables se consideraron desde la Carta de Ottawa en el año 1986 y STP en la octava conferencia global en promoción de la salud en Helsinki 2013 “Un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que de manera sistémica, tengan en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, busquen sinergias y eviten impactos perjudiciales para la salud (...)”. (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, 2013, p.1).

La declaración de Helsinki sobre STP contribuyó al enfoque que la salud requiere un abordaje multisectorial dado que la gestión de las condiciones de vida que influyen en la salud están a cargo de otros sectores.

El Estado Peruano tuvo un marco supranacional para el tema de salud que se consideró en el presente estudio, como son los ODM los cuales tuvieron metas al año 2015, en ese año el Perú fue incorporado como un país de las Naciones Unidas y firmó los 17 ODS al 2030 de los cuales el objetivo 3 estaba relacionado directamente a salud y los objetivos cuatro, cinco, seis estaban relacionados también a la salud por su influencia como son la educación de calidad, igualdad de género y agua limpia y saneamiento. En ese mismo año el Perú firmó un preacuerdo llamado Programa País, que consideró 15 dimensiones para bienestar y 12 lineamientos para el marco de inversiones; este es un preacuerdo para ingresar a la OCDE, es decir que antes que un país ingrese a la OCDE es preparado y el Perú se comprometió en ir avanzando en ese marco con la finalidad de ingresar a la OCDE.

Los ODM que fueron ocho, de los cuales el objetivo cuatro, cinco, seis y siete estaban relacionados a salud, los otros objetivos consideraron erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, y fomentar una asociación

mundial para el desarrollo. El cuarto objetivo fue reducir la mortalidad de niños menores de cinco años, para lo cual se planteó como meta reducir en dos terceras partes entre el 1990 y el 2015 la mortalidad de niños menores de 5 años; el quinto objetivo fue mejorar la salud materna, para lo cual la meta fue reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna a tres cuartas partes; el sexto objetivo fue combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, la meta fue haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA, y haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves; el séptimo objetivo fue garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

La OCDE es una organización intergubernamental, multidisciplinaria que trata todas las áreas de gobierno, tuvo por misión “promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo”. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2015, p.1).

Las consideraciones de la OCDE en relación al tema de salud están en el contexto de los ODS.

La OCDE “ofrece un foro donde los gobiernos puedan trabajar conjuntamente para compartir experiencias y buscar soluciones a los problemas comunes”. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2015, p. 1).

Siendo así la OCDE, trató de identificar, analizar los motivos para llevar a los países a generar cambios en nivel social, económico y ambiental. Así también estudió los temas relacionados a la inversión, medición de productividad y flujos globales del comercio, y realizan tendencias. Además estableció estándares internacionales para políticas públicas.

La OCDE apoyó a los países en cuatro aspectos principales que tuvieron que ver con el “fortalecimiento de la confianza en las instituciones y empresas, fomento del desarrollo de habilidades necesarias en la población, el fomento de nuevas fuentes de crecimiento a través de la innovación, la promoción de la

sostenibilidad macroeconómica”. (Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, 2015, p. 1).

El Perú es miembro del Centro de Desarrollo de la OCDE, así como lo son otros países como Chile, Brasil, Colombia, Argentina, Panamá, entre otros.

El Programa País fue diseñado por la OCDE como un instrumento de apoyo a los países con economías emergentes como Perú, el apoyo era en el diseño de reformas así como en fortalecer las políticas públicas. El Perú fue el primer país que inauguró el Programa País, por ser en América Latina el sexto país más poblado y tener la séptima economía de la región.

El Perú inició sus actividades para alcanzar ser un miembro de la OCDE, fue uno de los primeros países en hacerlo mediante un programa denominado Programa País; este Programa País de la OCDE con Perú fue lanzado el 8 diciembre 2014 en la ciudad de Veracruz en México, y para Perú se consideró cinco áreas claves “crecimiento económico, gobernanza pública, transparencia y lucha contra la corrupción, productividad y capital humano y medio ambiente”. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2015, p. 1).

Las áreas que se consideraron son de gran relevancia porque trataron temas importantes que influyeron y siguen influyendo en las condiciones de vida que se desarrollan las personas y que van a generar cambios positivos o negativos según sean conducidos a nivel país.

El Programa País comprendió “informes sobre políticas públicas, implementación y proyectos de construcción de capacidad, participación en los Comités de la OCDE y adherencia a determinados instrumentos legales de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos”. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2015, p. 1).

El Perú en el marco del Programa País participó en varios comités especializados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, el 14 de octubre 2016 se realizó el foro Perú- OCDE, en el cual se

trataron los principales avances de Perú de los años 2015 y 2016, y se incluyeron cuatro nuevos estudios como sobre gobernanza pública, desarrollo territorial, políticas de educación y un estudio multidimensional.

Los ODS que fueron establecidos el 25 de setiembre del 2015, en la Cumbre Internacional realizada en la sede de la Organización de las Naciones Unidas, contiene 17 Objetivos de Desarrollo Sostenibles y 169 metas, el tercer objetivo está directamente relacionado a salud y bienestar y se planteó “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Este objetivo contiene nueve metas y cuatro estrategias.

La primera meta que se planteó en los ODS fue “reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”. (Naciones Unidas, 2015, p. 1).

La meta de reducir la tasa de mortalidad materna, se consideró como una meta pendiente por cumplir y más considerando que no se logró alcanzarla en el marco de los ODM.

La segunda meta que se planteó en los ODS fue “Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.” (Naciones Unidas, 2015, p. 1).

Esta segunda meta cuando se hace un análisis de equidad, se observa que como país estamos por debajo del promedio, en Lima mismo hay tasas de mortalidad neonatal grandes que están relacionadas a problemas congénitos, y las tecnologías existentes para detectarlas son de costos elevados lo que lo hace poco accesible.

La tercera meta planteada en los ODS fue “Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y

combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles”. (Naciones Unidas, 2015, p. 1).

En relación al SIDA considerado en la tercera meta como país nos estamos acercando a estándares internacionales, respecto a la tuberculosis multidrogoresistente sigue siendo un problema de salud pública de alto costo.

La cuarta meta planteada en los ODS fue “Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. (Naciones Unidas, 2015, p. 1).

Respecto a la cuarta meta en el Perú las enfermedades metabólicas y diabetes están relacionadas al sedentarismo y la calidad de vida, entre otros factores.

La quinta meta planteada en los ODS fue “Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas”. (Naciones Unidas, 2015, p. 1).

En relación a la quinta meta en el Perú el uso de las drogas no ha disminuido, al contrario ha aumentado lo cual genera una serie de daños en la salud de las personas y el medio en el que vive.

La sexta meta planteada en los ODS “Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo”. (Naciones Unidas, 2015, p. 1).

Respecto a esta sexta meta, es importante mencionar que la cuarta causa de muerte en el Perú es la muerte por accidentes de tránsito, lo cual generó el aumento de la carga por discapacidad, así como la morbilidad.

La séptima meta planteada en los ODS fue “Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y la integración de la salud

reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”. (Naciones Unidas, 2015, p. 1).

Esta séptima meta planteó que no es suficiente tener una atención de salud sexual y reproductiva, sino que en todo momento que la persona requiera la atención pueda tener el acceso a los servicios.

La octava meta que se planteó en los ODS fue “Lograr la cobertura sanitaria universal, protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. (Naciones Unidas, 2015, p. 1).

En relación a la octava meta respecto a la cobertura sanitaria es un aspecto necesario, es necesario lograr la protección financiera, haciendo que los servicios de salud ofrezcan la calidad en la atención. (Naciones Unidas, 2015, p.1).

La novena meta planteada en los ODS fue “Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo”

Esta novena meta también es necesaria alcanzarla para disminuir la contaminación tanto del suelo, el agua y el aire generan daños que afectan la salud.

Las estrategias planteadas para las metas antes descritas en los ODS (2015) fueron cuatro. La primera “Control del Tabaco en todos los países, según proceda”.

Estas estrategias fueron en cuestiones puntuales y respecto al tabaco no existe razón para que las personas continúen consumiendo y dañando su salud.

La segunda estrategia que se planteó en los ODS fue “Investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles; y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública”. (Naciones Unidas, 2015, p. 1).

Esta estrategia fue de gran importancia en el sentido que contribuyó a impulsar acceso a vacunas y también a medicamentos.

La tercera estrategia planteada en los ODS fue “Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario. (Naciones Unidas, 2015, p. 1).

Esta estrategia estuvo orientada a generar mayor gasto en salud, siendo más eficientes se podrá disminuir los costos. Las reformas requieren de dinero, esto está señalado en los documentos como por ejemplo del Banco Mundial, respecto a los recursos humanos se requieren de incentivos para poder retener al recurso humano en el país, debido a que si abordamos el problema los profesionales de la salud seguirán migrando a otros países en los cuales les ofrecen mejores remuneraciones y condiciones de vida.

La cuarta estrategia planteada en los ODS fue “Reforzar la capacidad de todos los países, en alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial”. (Naciones Unidas, 2015, p. 1).

Este es un punto importante que se consideró y más aun teniendo en consideración las proyecciones de sismos en el país.

Así mismo como país se tuvo un marco de políticas de estado tales como, el Acuerdo Nacional, que para el tema de reforma de la salud se trabajó un consenso político respecto a los objetivos de la reforma de salud, otro documento es el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, denominado Plan Bicentenario Perú hacia el 2021 y el Plan Nacional Concertado de Salud.

El Acuerdo Nacional específicamente para salud consideró en su décimo tercera política el acceso universal a los servicios de Salud y a la Seguridad Social, con ello el Acuerdo Nacional se comprometió a asegurar las condiciones para un acceso universal en salud.

Así mismo en el año 2015 se aprobó en el Acuerdo Nacional los objetivos de la reforma de salud a solicitud del Ministerio de Salud, este acuerdo fue suscrito además del Ministerio de Salud, EsSalud, Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, la Asociación de Municipalidades del Perú, los partidos políticos, las organizaciones de la sociedad civil y las federaciones de gremios de trabajadores de salud, que significó el consenso para orientar las políticas en salud a partir de la reforma de salud.

El Plan Estratégico de Desarrollo Nacional que es también una política de estado, consideró a la salud en el Eje estratégico número dos de oportunidades y acceso a los servicios, y dentro del mismo eje consideró el objetivo nacional de igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos, así mismo consideró como uno de sus lineamientos de política a la salud y el aseguramiento y como prioridades reducir la mortalidad infantil y materna y erradicar la desnutrición infantil y de las madres gestantes.

Así mismo otro documento de marco de políticas de estado en el país tenemos al Plan Nacional Concertado de Salud, el cual aprobó once Lineamientos de Política 2007 al 2020, los cuales fueron atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención; la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles; el aseguramiento universal; la descentralización de la función salud a nivel del gobierno regional y local; el mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad; el desarrollo de los recursos humanos; los medicamentos de calidad para todos; el financiamiento en función de resultados; el desarrollo de la rectoría del sistema de salud; la participación ciudadana en salud; y el ultimo lineamiento fue la mejora de los otros determinantes de la salud. El Plan Nacional Concertado de Salud aprobó los objetivos sanitarios nacionales 2007-2020 que fueron reducir la mortalidad materna, reducir la mortalidad

infantil, reducir la desnutrición infantil, controlar las enfermedades transmisibles, controlar las enfermedades transmisibles regionales, mejorar la salud mental, controlar las enfermedades crónico degenerativas, reducir la mortalidad por cáncer, reducir la mortalidad por accidentes y lesiones intencionales, mejorar la calidad de vida del discapacitado y mejorar la salud bucal. Así mismo aprobó los objetivos del Sistema de Salud 2007-2011.

Dentro de las Políticas de Gobierno para el periodo del presente trabajo se tienen las dadas en dos periodos de gobierno, en el Gobierno del Partido Nacionalista del Perú, se tuvieron las medidas de reforma de salud y el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 - 2021 del sector salud, aprobado por Resolución Ministerial 367 - 2016 - SA (Anexo 25), en el segundo Gobierno del Partido Peruanos por el cambio se tuvieron como políticas el resumen de la Política General de Gobierno y la declaración de la Política Sectorial para el sector salud, publicada por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico en un documento titulado Avances de la política sectorial en el marco de la política general de gobierno, OCDE y la Agenda 2030 a noviembre de 2016. (Anexo 26).

El Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 -2021 del sector salud, publicado el 2 de junio 2016, fue elaborado por el Gobierno del Partido Nacionalista del Perú, en el que se dio la reforma consideró tres objetivos estratégicos, el primero mejorar la salud de la población, el segundo ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud y el tercer objetivo fue ejercer la rectoría y gobernanza del sistema de salud en beneficio de la población.

Dentro del Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 -2021 del Sector Salud en el primer objetivo estratégico se consideró como acciones estratégicas reducir la mortalidad materna e infantil, la desnutrición infantil y anemia, las enfermedades transmisibles, controlar la enfermedades no transmisibles, disminuir los riesgos daños y/o lesiones originados por factores externos; en el segundo objetivo estratégico se consideraron como acciones estratégicas incrementar la cobertura de aseguramiento público, expandir la oferta de los servicios de salud, modernizar la gestión de los servicios de salud, generar

capacidades para el desarrollo e implantación de tecnología investigación e información sanitaria y en el tercer objetivo estratégico consideró fortalecer la autoridad sanitaria, la promoción, protección y restitución de derechos, implementar el sistema de seguimiento y evaluación de políticas en salud pública y por último la acción estratégica de reforzar los arreglos interinstitucionales para la gestión multisectorial y territorial en salud.

El resumen de la Política General de Gobierno, de fecha 18 de agosto 2016 en el eje 1 de las oportunidades, inversión social, agua e infraestructura, se consideraron dos puntos la primera la salud centrada en las personas y que responda de manera rápida y eficiente a las necesidades del usuario y el segundo punto fue la reducción de la anemia y la desnutrición crónica infantil.

La declaración de la política sectorial, planteó en sus consideraciones que el objetivo principal de la política de salud era la cobertura universal efectiva, con lo cual el gobierno planteó su propósito de contribuir a cerrar brechas de equidad, así como alcanzar el nivel de desarrollo y progreso, para dicho objetivo se planteó cuatro líneas de acción, la primera contar con un sistema nacional de salud eficiente, la segunda garantizar la cobertura y calidad de la atención de salud, la tercera revalorizar al personal de salud en el marco de un régimen meritocrático y la cuarta disponer de infraestructura y equipamiento moderno e interconectado.

Se pudo observar las diferencias en la orientación de las líneas de acción de un gobierno a otro, dado que las acciones estratégicas del Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 -2021 del sector salud, en su mayoría no están contenidas en la declaración de la política sectorial.

De la historia se pueden mencionar algunos datos relevantes, como que durante la colonia y hasta los años 30, la salud no era una responsabilidad del Estado, los servicios de salud eran proveídos por las instituciones religiosas o las beneficencias públicas. El Ministerio de Salud y Asistencia Social se creó en 1936 y el mismo año se estableció la Caja del Seguro Obrero, por presión de las empresas mineras. En 1948 se creó la Caja del Seguro del Empleado que

funcionaba como instituciones de protección financiera del mercado laboral formal, rápidamente las Cajas empezaron a dotarse de infraestructura hospitalaria, iniciando la integración de su función aseguradora con la prestadora de salud.

El Ministerio de Salud no contaba con una oferta de servicios propia, el Gobierno de las Fuerzas Armadas en los años 70 transfirió los hospitales y demás establecimientos de salud, de las beneficencias al Ministerio de Salud, agregándose el subsector de las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, y un pequeño sector privado. Consolidándose así la fragmentación del sistema de salud.

Se tiene que señalar que a partir del año 2002 el gobierno de Alejandro Toledo avanzó el aspecto normativo, creó el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud vigente; se dio el proceso de descentralización y el Gobierno de Alan García avanzó el proceso de implementación, del año 2006 en adelante se fueron transfiriendo competencias relacionadas a los servicios de salud y su gestión a los gobiernos regionales; asimismo, en año 2013 durante el Gobierno de Ollanta Humala se diseñó la reforma de salud, reconociendo a la salud como derecho y que el Estado Peruano debería garantizar su protección, en el contexto, que a pesar que se habían alcanzado los ODM tales como: La mortalidad infantil en menores de cinco años, reducción de la desnutrición crónica, y la mortalidad neonatal, aun se mantenían las restricciones que impedían ejercer plenamente el derecho a la salud.

En el cambio de gobierno en el año 2016, la gestión ministerial que asumió presento sus líneas de gestión en la comisión intergubernamental de salud y estas fueron gestión eficiente del sistema de salud, cobertura y calidad de servicios de salud, la revalorización del personal de salud y la infraestructura de salud moderna e interconectada; así mismo la segunda gestión ministerial presentó sus políticas de salud ante el Congreso de la República, las cuales eran mismas de la primera gestión ministerial y agregó la lucha anticorrupción, así mismo plantearon que para lograrlo se necesitaba la Telesalud y el fortalecimiento de la rectoría nacional del Ministerio de Salud.

El Perú tiene un sistema nacional de salud denominado Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y tiene a la fecha 15 años de vigencia, es un sistema fragmentado; porque cada uno de los componentes tiene un segmento de mercado o población que atiende, los recursos se administran de modo aislado para cada ministerio al que pertenece el componente y para cada seguro de salud. Hay una casi nula coordinación y coherencia de sus acciones, lo cual genera ineficacia e ineficiencia del sistema, promoviendo el crecimiento paralelo de los componentes sin ninguna articulación entre ellos, además por la naturaleza misma del sistema no hay un uso eficiente y eficaz de los recursos, se duplica esfuerzos y gastos. Asimismo el marco normativo actual no precisa suficientemente los niveles de coordinación, articulación, cooperación y coordinación del sistema, para orientar y establecer acciones conjuntas que permitan avanzar como un verdadero sistema a fin de disminuir progresivamente las inequidades e ineficiencias del sistema de salud. El actual sistema adolece de capacidad de gestión debido a que el órgano rector no tiene injerencia sobre los otros sectores que componen el sistema. El actual sistema está conformado por el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud, los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas, las sanidades de la Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada.

El Centro Nacional de Planeamiento Estratégico en su estudio el futuro de la salud consideró que el sistema de salud peruano se caracteriza principalmente por ser segmentado, con instituciones tanto públicas como privadas. Así mismo precisó que el Ministerio de Salud atiende aproximadamente al 70% de la población, en tanto EsSalud atiende al 17,6% de la población, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales atienden alrededor del 3,0% y el sector privado con y sin fines de lucro atiende al 10,0%. “El Ministerio de Salud es la institución con mayor presencia nacional y atiende fundamentalmente a la población que no cuenta con seguro social en salud. EsSalud ofrece cobertura a los trabajadores del sector formal y sus dependientes”. (Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, 2015, p. 44).

Es entonces el Ministerio de Salud el mayor empleador de los recursos humanos en salud, considerando que es la institución con mayor presencia a nivel nacional.

El Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (2015) consideró que la segmentación del sistema de salud peruano llevó también a tener diferencias en las coberturas por regiones, incluso según su estudio los departamentos con mejores índices de desarrollo humano son los que tienen mayor nivel de cobertura del sistema contributivo de EsSalud.

Agregado a esto, la rectoría que debería ejercer el Ministerio de Salud como rector del sistema de salud, no se ha desarrollado en el marco del proceso de descentralización.

El Perú al año 2017 tuvo una población de 31 826 018 habitantes, respecto al gasto en salud en el año 2016 fue de 5.5% del PBI, el cual comparándolo con otros países de Latinoamérica es bajo.

Uno de los últimos logros de Perú es haber logrado alcanzar la meta 3 del Objetivo de Desarrollo del Milenio “reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años que se refleja en la reducción de la tasa de mortalidad infantil a 15 muertes por cada 1000 nacidos vivos”. (Ministerio de Salud, 2016, p.17).

El haber alcanzado en términos estadísticos refleja un avance, pero el análisis de dicho logro no es del todo significativo, porque existen otros indicadores de gran importancia, existen las brechas de inequidades que generan diferencias en los indicadores de salud entre un departamento y otro, lo cual evidencia que las tasas de muerte materna, desnutrición siguen siendo altas.

Los avances en los indicadores de salud fueron evidentes, como haber mejorado no solo el indicador de la salud materna, sino también infantil como se mencionó en el párrafo anterior, alcanzando así la meta 3 del ODM. Es importante haber disminuido de 605 muertes maternas en el año 2000 a 325 muertes al año 2016, pero la necesidad imperiosa de seguir articulando el

sistema para eliminar la muerte materna es de gran impacto en la salud de la población. Esta mejora en los indicadores ha influido que la esperanza de vida al nacer sea mayor. La pirámide poblacional desde el año 2005 al 2015 muestra un cambio evidente con una base menos ancha, lo cual implica mayor envejecimiento de la población y una necesidad de reorientar los servicios y las capacidades de los recursos humanos a futuro. El ingreso de las familias se ha incrementado y por ende la pobreza se ha reducido, pero ello involucra también que hay diferentes inequidades según la distribución geográfica.

Así también en el contexto del análisis de nuestro país y la salud del futuro se debe considerar el cambio climático en cual enfrentamos y tienen un riesgo alto para la salud. Las cinco primeras causas de mortalidad general del país al año 2013 fueron las infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedad cerebro vasculares, enfermedades isquemias del corazón, septicemia excepto neonatal, cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado. Los departamentos con mayor casos de muerte al 2013 fueron Puno, Huancavelica, Apurímac, Cusco, Ayacucho y los departamentos que presentaron menores casos de muerte fueron Arequipa, Moquegua, Ica, Tacna y Callao. De la morbilidad en consulta externa atendida al año 2014 se tuvieron que las cuatro primeras causas fueron enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades dentales y de estructura de sostén, enfermedades de la piel y del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y las enfermedades neuropsiquiátricas y de los órganos de los sentidos.

El Perú ha avanzado progresivamente en ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento, este ha sido uno de los temas de agenda de los gobiernos y el avance actual es producto de aproximadamente cinco periodos de gobierno. Un hito importante en el aseguramiento de salud del Perú fue la dación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el año 2009. (Ministerio de Salud, 2016, p.18).

En el plan de gobierno del partido Peruanos por el cambio consideró que la Reforma de la salud había “quedado interrumpida y prácticamente languidece por falta de claridad de objetivos (...), la familia y la comunidad...promoción de

la salud, no forman parte del objetivo central (...), no ha logrado evitar que la salud pública siga siendo afectada por la fragmentación (...). (Peruanos por el Cambio, 2016, p. 41).

En este plan de gobierno se afirmó que la reforma no consideró puntos importantes para mejorar la salud como los mencionados en el párrafo anterior.

El mismo plan de gobierno de Peruanos por el Cambio también consideró que la reforma no logró superar la ausencia de participación del nivel local en salud, tampoco “reformular la escala remunerativa en base a calidad y méritos, no hay una política de incentivos y no se ha logrado la integración de la carrera pública en salud”. (Peruanos por el Cambio, 2016, p. 41).

Al respecto de lo considerado en el plan de gobierno es necesario señalar que son puntos que están pendientes por atender y que su abordaje contribuirá a mejorar la salud dado que es necesario la participación del nivel local en la formulación de las políticas, así como contar con el recurso humano reconocido económicamente por su trabajo.

Consideraron también en el plan de gobierno de Peruanos por el Cambio que el aumento de las enfermedades no transmisibles y transmisibles fue debido a que “...no se abordan con más intensidad los determinantes sociales de la salud. El público en general, constata además una falta de integridad y humanización en los servicios de salud (Peruanos por el Cambio, 2016, p. 41).

El punto de aumento de enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles sí afecta directamente a la salud de las personas, y su aumento está directamente relacionado al no abordaje de los determinantes sociales de la salud.

En un estudio del año 2016 se consideró que en el sistema de salud del Perú existen dos subsistemas, el público que se orienta al derecho del ciudadano a la salud y el privado que se orienta en la lógica de mercado, haciéndose evidente la segmentación en los regímenes de financiamiento tanto contributivo

indirecto, que es el subsidiado y que el estado lo financia mediante los recursos fiscales, así como aportes de hogares y también donaciones, el otro régimen el contributivo directo, que se financia con las contribuciones obligatorias y directas que hacen los empleadores, que conforman el EsSalud y también el seguro social privado y las dependencias de salud de los Ministerios de Defensa y del Interior, además “El Régimen Privado es financiado por las familias (gasto de bolsillo) a través del pago directo de honorarios profesionales o mediante la adquisición de planes de atención a seguros privados”. (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016).

Por las diferentes formas de financiamiento el sistema de salud del país puede ser considerado como un sistema especializado, el cual para su funcionamiento y mejor capacidad de respuesta en la gestión necesita articularse para superar la segmentación, necesita complementarse.

En el contexto se identifican nudos críticos para superar como disponibilidad insuficiente y distribución inadecuada de los recursos humanos para ampliar la cobertura sanitaria con equidad, recursos humanos con competencias profesionales y humanas inadecuadas para responder a las expectativas, demandas y necesidades de salud de la población peruana, las condiciones laborales en salud no han incorporado aspectos esenciales del trabajo decente, que permita que los recursos humanos desarrollen su mayor potencial humano en el ejercicio de sus funciones al servicio del país y la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud y las instancias descentralizadas es deficiente en el campo de los recursos humanos, en términos institucionales, intrasectoriales e intersectoriales.

El Ministerio de Salud organizó un seminario Internacional llamado Seminario internacional sobre reforma del sector salud Hacia la universalización de la protección en salud en el Perú, en el mes de junio del año 2013, en el cual la Ministra de Salud de ese periodo expuso porque se dio la reforma en salud y manifestó que fue “Para eliminar o aminorar las restricciones (normativas, institucionales, organizacionales, de gestión, conductuales) que operan en el

sistema y que impiden que la población ejerza totalmente su derecho a la salud”. (Ministerio de Salud, 2013, p. 3).

Siendo así con esta afirmación el Ministerio de Salud manifestó que con la reforma no se eliminaría todas las dificultades, debilidades existentes en salud, pero si la orientación de la reforma de salud fue en ese sentido de eliminar o aminorar la dificultades del sistema, las cuales lo permitían que la gente pueda hacer uso pleno de su derecho a la salud.

El Ministerio de Salud (2013) publicó los lineamientos y medidas de la reforma de salud que el CNS aprobó en mérito al encargo dado por el Presidente de la República del año 2013, fueron doce los lineamientos aprobados, los cuales fueron:

Lineamiento 1: Potenciar las estrategias de intervención en salud pública, lineamiento 2: Fue fortalecer la atención primaria de salud, lineamiento 3: Mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados, lineamiento 4: Reformar la política de gestión de recursos humanos, lineamiento 5: Cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre, lineamiento 6: Extender el aseguramiento en el régimen, subsidiado de acuerdo a criterios de vulnerabilidad, lineamiento 7: Fomentar el aseguramiento como medio de formalización, lineamiento 8: Consolidar al seguro integral de salud como operador financiero, lineamiento 9: Fortalecer el Fondo Intangible de Aseguramiento en Salud como financiador de segundo piso, lineamiento 10: Aplicar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud, lineamiento 11: Fortalecer el financiamiento del seguro social de salud, EsSalud y lineamiento 12: Fortalecer la rectoría del sistema de salud. (Ministerio de Salud, 2013, p. 25).

Así mismo por cada uno de los lineamientos planteados el CNS propuso propuestas de mandatos de políticas, que fueron como base para que el Ministerio de Salud planteará posteriormente sus pilares y medidas de reforma.

Los cuatro retos de la reforma del sector salud que propuso el CNS fueron extender mejoras en el estado de salud de toda la población; instaurar cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad; avanzar hacia un sistema al servicio de la población y aliviar la carga financiera.

En el libro versión resumen de los lineamientos y medidas de reforma del sector salud (julio, 2013), sobre la protección social en salud, le llamó protección del ciudadano, y consideró la protección del ciudadano, en el sentido que los prestadores de la salud como el Ministerio de Salud, los gobiernos regionales, EsSalud, las tres Sanidades de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, así como los servicios de salud privados deberían de fortalecer sus acciones de promoción de la salud, prevención entre otros.

En este contexto de modernización y fortalecimiento de las instituciones, el Estado tiene responsabilidad en la salud de la población, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. La salud de la población es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad de los peruanos, y depende de la más amplia coordinación de las personas, las instituciones y de los niveles de gobierno del Estado.

En el segundo semestre del 2014 se inició la aplicación de los 23 decretos legislativos en el marco de la reforma de salud iniciada con la finalidad de superar barreras legales que impedían avanzar en el proceso de reforma.

Según el reporte informativo 2013 - 2014 del Ministerio de Salud sobre los avances de la reforma de salud, se consideró que la reforma tuvo por objetivo “universalizar la protección social en salud (...), progresivamente, toda la población se beneficie (...) mejorar los determinantes de su situación de salud, acceda a más y mejores cuidados, y no tenga el riesgo de empobrecerse como consecuencia de tratar su enfermedad”. (Ministerio de Salud, 2015, p.14).

El reporte mencionado reporte sobre los avances de la reforma de salud, publicado planteó las bases de la reforma por ello su importancia en señalar que

el Ministerio de Salud planteó cual era el objetivo de la reforma de salud, el cual se orientó a universalizar la protección social en salud.

En el mismo reporte informativo 2013 - 2014 sobre los avances de la reforma de salud, consideró que la reforma de salud comprendió cinco pilares que fueron “más gente protegida, más y mejores cuidados, más protección de derechos, más rectoría y más salud pública”. (Ministerio de Salud, 2015, p.14).

Los pilares de reforma que adoptó el Ministerio de Salud, tuvieron como base los lineamientos de la reforma planteados por el CNS, para cada uno de los pilares, el Ministerio definió medidas y también en el mismo reporte señaló algunas metas al año 2015.

El Ministerio de Salud (2016) en el Plan Estratégico Sectorial Multianual consideró cinco pilares estratégicos y articulados en el marco de la reforma y los señaló como:

- (i) Mejora y mantenimiento de la salud y calidad de vida de la población a través de intervenciones efectivas sobre los principales problemas de Salud Pública y sus determinantes sociales; (ii) ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud; (iii) mejorar el cuidado y la atención integral de salud (iv) promover y proteger efectivamente los derechos de la salud; y (v) fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema de salud. (Ministerio de Salud, 2016, p.17).

1.6 Supuestos teóricos

Los supuestos teóricos para el presente trabajo se basaron en los componentes de la reforma, publicados en el documento titulado Avances de la reforma del sector salud que fueron publicados por el Ministerio de Salud en junio 2014, los cuales posteriormente en otra publicación titulada Avances de la reforma de la salud, que fue un reporte informativo 2013 - 2014 del Ministerio de Salud

realizado por la siguiente gestión ministerial publicado en marzo 2015 denominó a los componentes como pilares de la reforma.

Para lograr el primer pilar más gente protegida el Ministerio de Salud consideró las siguientes medidas, que fueron tres.

La primera medida para el pilar 1 fue eliminar las restricciones administrativas que el Ministerio de Salud identificó que impedían la protección de la población pobre y que residía en las zonas más alejadas, también de la población indocumentada, de la población que residía en albergues y también la población en situación de calle.

La segunda medida para el pilar 1 fue extender la protección social mediante el SIS a los recién nacidos, a las madres gestantes, a las mujeres puérperas, a los niños en edad preescolar y también a los escolares de inicial y primaria.

Y la tercera medida para el primer pilar fue incorporar como asegurados del SIS a los trabajadores independientes que tributan en el Régimen Único Simplificado, sin aportes económicos adicionales, solo bastaría cumplir con el pago de sus impuestos de ley.

Para lograr el segundo pilar más y mejores cuidados el Ministerio de Salud consideró ocho medidas que fueron las siguientes:

La primera medida para el pilar 2 fue orientada a fortalecer las intervenciones de salud colectiva principalmente el desarrollo integral infantil con los otros sectores vinculados, considerando la universalización de la suplementación con micronutrientes y hierro a los niños menores de tres años, la implementación del Plan “Aprende Saludable” para los escolares de primaria y también inicial.

La segunda medida para el pilar 2 fue ampliar la cobertura prestacional contra el cáncer, incluyendo los servicios de promoción, prevención, diagnóstico

temprano, diagnóstico definitivo, estadiaje y tratamiento recuperativo y paliativo del cáncer, para lo cual se planteó la implementación del Plan Esperanza y el financiamiento del Fondo Intangible Solidario de Salud.

La tercera medida para el pilar 2 fue fortalecer los establecimientos de salud públicos con infraestructura, equipamiento y ambulancias, así como la planificación multianual, multisectorial e intergubernamental de las inversiones públicas en salud.

La cuarta medida para el pilar 2 fue acercar a la gente a las intervenciones y los servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación mediante el establecimiento de redes integradas de atención primaria de la salud.

Una quinta medida para el pilar 2 fue la revalorización del trabajador público de salud, se planteó una nueva política remunerativa que permitiera nivelar los sueldos de Lima con los del interior del Perú.

La sexta medida para el pilar 2 fue ampliar los horarios de atención en los hospitales, para lo cual se consideró hacerlo mediante prestaciones complementarias, que serían realizadas por el mismo personal de la salud y así dar atención a las necesidades de salud de la población.

La séptima medida para el pilar 2 fue la firma de convenios de intercambios de servicios para que las personas puedan acceder a los establecimientos cercanos de su lugar de residencia, sin considerar el tipo de seguro con el que cuenten ya sea del SIS, EsSalud u otra institución, sin generar gasto de bolsillo, evitando que las personas se desplacen a otras localidades, y con ello además se consideró que se contribuiría al uso eficiente de los recursos existentes.

La octava medida del pilar 2 fue mejorar el acceso a medicamentos genéricos complementando la dispensación en los establecimientos públicos, con esta medida se pretendió que los pacientes con enfermedades crónicas reciban medicamentos, la orientación del uso y el almacenamiento de la

medicina en las farmacias privadas que estuvieran cerca al domicilio. Se propuso también la acción de mejorar la gestión de la farmacia de los establecimientos públicos

Las medidas concretas para conseguir el tercer pilar más protección de derechos fueron dos.

La primera medida del pilar 3 fue proteger los derechos de los usuarios, creando la Superintendencia Nacional de Salud

La segunda medida del pilar 3 fue ampliar las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud para que también vigile la categorización, promover y supervisar el proceso de acreditación de los servicios de salud.

Fueron cinco las medidas concretas para conseguir el cuarto pilar más rectoría que inicialmente se le llamó cuarto componente más rectoría y gobernanza del sistema de salud y que tuvo cuatro medidas que fueron consideradas posteriormente en el quinto pilar

Como una primera medida del pilar 4 se planteó fortalecer la conducción nacional de las intervenciones de salud colectiva.

La segunda medida considerada para el pilar 4 fue desarrollar tecnologías en Salud Pública para la vigilancia, prevención y control.

La tercera medida para el pilar 4 más rectoría fue el rediseño del sistema de inteligencia sanitaria.

La cuarta medida para el pilar 4 fue fortalecer la gestión de las acciones en salud colectiva, a fin de contribuir al financiamiento de las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de riesgos y daños, así como la supervisión de la ejecución.

La quinta medida para el pilar 4 fue la creación un centro de control y prevención de enfermedades, responsable de la gobernanza relacionada a la salud pública, así como la vigilancia e intervenciones oportunas frente a amenazas y riesgos.

Y también el Ministerio de Salud consideró un quinto pilar, según la publicación titulada Avances de la reforma de la salud que fue el reporte de la salud que fue el reporte informativo 2013 -2014 antes señalado, dicho pilar fue Más salud pública, para este pilar se consideraron cuatro medidas.

Como primera medida del pilar 5 fue fortalecer la rectoría y la gobernanza del sistema de salud

La segunda medida del pilar 5 fue la creación del Instituto de Gestión de los Servicios de Salud, a fin que se encargue de la conducción de los Institutos y Hospitales Nacionales, redes de Lima Metropolitana y así mismo que se encargue de asesorar a las regiones en temas de gestión de los servicios de salud.

La tercera medida del pilar 5 fue la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública.

Y la cuarta medida del pilar 5 fue la recuperación de la facultad de intervención del Ministerio de Salud ante situaciones de emergencia en las regiones.

1.7 Justificación teórica, metodológica, práctica y epistemológica de la investigación.

Teórica

Considerando que un sistema es considerado como un conjunto de elementos, en el cual todos los elementos se relacionan entre sí a manera de dependencia entre ellos y además según la OMS, el sistema cumple las funciones de mejorar la salud de la población; brindar un trato adecuado a los usuarios de los servicios

de salud, y garantizar seguridad financiera en materia de salud. Así mismo la OMS consideró que un sistema de salud tiene seis componentes los cuales son: Financiamiento de la salud; Liderazgo y gobernanza; recursos humanos para la salud; productos médicos esenciales; sistemas de información sanitaria y tecnologías y prestación de servicios.

Esta investigación es importante teóricamente ya que se trata de evidenciar mediante las fuentes necesarias los avances que ha tenido la salud en el Perú desde que se dio literalmente un proceso de reforma en el periodo de gobierno pasado, desde la iniciativa del poder ejecutivo. Estos avances que se dieron simultáneamente para implementar la reforma se evidenció que requerían de otras condiciones para su implementación y que en muchos casos eran condiciones inexistentes que no permitían avanzar en la implementación, como lo fue la intenciones de implementar las redes integradas de atención primaria de la salud, para lo cual se necesitaba de recurso humanos, infraestructura necesaria, un sistema de referencia y contrarreferencia con funcionamiento óptimo, una cartera de servicios, entre otras.

Con el presente trabajo se identificó el avance en el cual se orientó la reforma para el cierre de brechas en la atención de la salud.

Metodológica

El estudio de investigación se basó en un análisis documental, mediante el cual se generó un nuevo conocimiento. Para lo cual se realizará la evaluación histórica de la reforma de salud, investigando los hechos relacionados, la evolución de la reforma. Así también se abordó el desarrollo de la propuesta de reforma en el contexto de las políticas públicas que se han venido desarrollando, con la finalidad de identificar el avance en salud.

Práctica

La investigación se consideró importante en la práctica porque va a contribuir a identificar el avance que se ha tenido en relación a la reforma de salud. Así mismo los resultados de la evaluación permitirán proponer estrategias que

permitirá ir avanzando progresivamente para alcanzar la seguridad social en salud.

.

Epistemológica

La investigación es importante epistemológicamente debido al rigor que tendrá en el desarrollo de la misma, teniendo como fuentes confiables la base documental de datos, fuentes bibliográficas y el rigor en la fundamentación teórica.

1.8 Relevancia

El trabajo fue relevante porque sirvió para identificar el progreso de la implementación de la reforma de salud en su primer quinquenio, identificando su avance progresivo respecto a los objetivos planteados en la reforma y la implementación de las medidas de la reforma de salud, que se dieron para que de manera progresiva universalizar la protección social en salud, a fin que las personas puedan acceder a más servicios de salud y más cuidados de su salud sin tener el riesgo de empobrecer por atender su enfermedad o cuidar su salud.

1.9 Contribución

Este trabajo de investigación contribuyó identificando cual había sido el avance de la reforma de salud en su primer quinquenio, considerando que en la planificación es necesario la identificación de lo realizado, es decir del avance en cumplimiento de objetivos, metas, los cuales son un punto referencial necesario para el planteamiento de nuevas metas, inclusive para la reorientación de los objetivos, con la finalidad de dar mejorar servicios de salud a la población

1.10 Formulación del problema de investigación

Las políticas públicas en salud se han formulado para contribuir a atender las necesidades de salud de la población. Se realizó la evaluación del primer quinquenio de la reforma de salud, porque se consideró un hecho trascendental en la historia de la salud del Perú, de la realidad se seguía observando que la situación de salud de la población del Perú aún tenía problemas importantes por superar, y habiendo transcurrido más de cinco años del inicio de la reforma de

salud se consideró necesario realizar el presente estudio, que sirviera para reorientar la gestión en salud y contribuir a alcanzar la salud y bienestar de la población.

¿Realizar un análisis documental del primer quinquenio de la reforma de salud 2013 - 2017?.

1.11 Objetivos

1.11.1 Objetivo general

Evaluar el avance de la implementación de la reforma de salud en su primer quinquenio 2013 - 2017.

1.11.2 Objetivos específicos

Describir el avance de las medidas del pilar más gente protegida.

Describir el avance de las medidas del pilar más y mejores cuidados.

Describir el avance de las medidas del pilar más protección de derechos.

Describir el avance de las medidas del pilar más rectoría.

Describir el avance de las medidas del pilar más salud pública.

.

II. Marco metodológico

2.1 Metodología

El método de investigación que se utilizó fue naturalista porque se recopiló información, características sobre el tema de estudio, el investigador no ejerció control en el estudio, pero si delimitó el alcance del estudio realizado.

Miles y Huberman consideraron entre las características básicas de la investigación naturalista que “el papel del investigador es alcanzar una visión holística (sistémica, amplia, integrada) del contexto objeto de estudio: su lógica, sus ordenaciones, sus normas explícitas e implícitas (...), pero algunas son más convincentes por razones teóricas o consistencia interna”. (Rodríguez, Gil y García, 1996, p. 11).

Este tipo de método naturalista requirió para su desarrollo el dominio y el abordaje de todo el contexto del tema de estudio, de una forma amplia y profunda, que permita explicar la lógica misma de tema en revisión.

Algunos autores consideraron que “El término naturalista describe un paradigma de investigación, no un método”. (Guba, 1981, p. 141).

Se consideró lo antes mencionado para el enfoque del desarrollo del estudio, dado que como se señaló el termino naturalista con es considerado como un método.

El paradigma naturalista “descansa sobre el supuesto de que hay múltiples realidades y, que la investigación divergirá en lugar de converger (...) y que todas esas partes de la realidad están interrelacionadas (...) una parte influye necesariamente en todas las demás” (Guba, 1981, p141)

El desarrollo del estudio en todo su contexto ofreció un contexto amplio y diferentes enfoques los cuales convergen influyendo en el contexto estudiado.

2.2 Tipo de investigación

Es una tesis de enfoque cualitativo, cuyo tipo de investigación fue el análisis documental, se tomó como herramienta para recoger la información la revisión documental.

“La investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto”. (Hernández, 2014, p. 358).

La investigación cualitativa permitió el estudio de los hechos, estudiándolos a profundidad y de manera amplia, relacionándolo en el contexto al cual se orientó el estudio.

Marshall y Preissle consideraron que la aplicación de la investigación cualitativa “es recomendable cuando el tema del estudio ha sido poco explorado o no se ha hecho investigación al respecto en ningún grupo social específico”. (Hernández, 2014, p. 358).

El tema de estudio no ha sido lo suficientemente investigado, por ello se consideró realizarlo, constituyéndose en una investigación cualitativa

Análisis documental “constituye un proceso ideado por el individuo como medio para organizar y representar el conocimiento registrado en los documentos, cuyo índice de producción excede sus posibilidades de lectura y captura”. (Peña y Pirela, 2007, p. 1).

El análisis documental es un proceso que el investigador realiza para organizar el conocimiento encontrado en la investigación y poder representarlo.

“El análisis documental contribuye a acortar la distancia entre las fuentes de información cada vez más abundantes y la limitada capacidad humana para aprovechar estos contenidos” (Peña y Pirela, 2007, p. 1).

El análisis documental en la investigación contribuye a disminuir la brecha entre las extensas fuentes de investigación y el investigador.

2.3 Escenario de estudio

El escenario de estudio fue el Ministerio de Salud el cual es un organismo del Poder Ejecutivo, que tiene personería de derecho público, así mismo constituye un pliego presupuestal, además es el rector del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud tiene por mandato que le otorgó la ley, la finalidad de coordinar a nivel nacional la aplicación de la política nacional de salud, promoviendo que su implementación sea de forma concertada y descentralizada, para lo cual debe coordinar los programas y planes de la totalidad de las instituciones del sector para lograr el cuidado integral de la salud y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud contó con el CNS, el cual tiene la misión de concertación y coordinación nacional del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, y sus funciones entre otras son proponer las políticas nacionales de salud, el plan nacional de salud, las prioridades nacionales de salud, propiciar la coordinación y coordinación a nivel intra e intersectorial.

Este CNS fue y sigue siendo presidido por Ministro de Salud o el representante que designe y lo integran doce miembros titulares y alternos que representan al Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, Instituto Nacional Penitenciario, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Asociación de Municipalidades del Perú, Viceministerio de Saneamiento del Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento del Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento, Colegio Médico del Perú, Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria, trabajadores del sector, servicios de salud del sector privado, y organizaciones sociales de la comunidad.

Además este CNS se le asignó una Secretaría de Coordinación que es la unidad orgánica encargada de brindar apoyo administrativo y técnico especializado al CNS según el Decreto Supremo 011-2017-SA. Tiene entre otras funciones, prestar apoyo técnico a los Consejos de Salud de nivel Nacional, Regional y local, a los comités nacionales del CNS y realizar el seguimiento de los acuerdos del mismo.

El ámbito de competencia del Ministerio de Salud es la salud de las personas; aseguramiento en salud; epidemias y emergencias sanitarias; salud ambiental e inocuidad alimentaria; inteligencia sanitaria; productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos; recursos humanos en salud; infraestructura y equipamiento en salud; y la Investigación y tecnologías en salud.

El Ministerio de Salud según el Decreto Supremo 008-2017-SA tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad en materia de salud.

Estas funciones del Ministerio de Salud le otorgan la autoridad para formular políticas y realizar la gestión necesaria en salud.

El Ministerio de Salud es también según el Decreto Supremo 008-2017-SA, quien diseña, establece, ejecuta y supervisa políticas nacionales y sectoriales de salud y ejerce la rectoría respecto de ellas. Constituye el ente rector del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud que es el Sistema Nacional de Salud vigente.

Por ello el Ministerio de salud según la normativa es la autoridad sanitaria que diseña las políticas de cumplimiento para el sistema de salud peruano y precisó que es el rector del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Además el Decreto Supremo 008-2017-SA, le dio al Ministerio de Salud la función de ejercer sus competencias mediante el cumplimiento de funciones

orientadas al logro de los objetivos y metas del Estado, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales establecidas

El Ministerio de Salud en el marco del ROF se le asignó a su cargo el desarrollo de funciones rectoras como formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, dicta normas y lineamientos, supervisa a las políticas nacionales y sectoriales de salud, ejerce la sanción, la fiscalización, entre otras.

Entre las principales funciones específicas que se le atribuyó al Ministerio de Salud relacionadas a la gestión de la salud están las de regular la organización y prestación de los servicios de salud; establecer y evaluar la política de aseguramiento en salud y regular a las entidades y los procesos vinculados a ésta; planificar y establecer las prioridades para el financiamiento de la atención de la salud y de la inversión nacional en salud, en coordinación con los Gobiernos Regionales; promover, articular y desarrollar estrategias para el adecuado cumplimiento de las funciones transferidas en el marco de la descentralización.

2.4 Caracterización de los sujetos

La salud como derecho fundamental de todas las personas, este derecho se enmarcó en la Constitución Política del Perú.

La salud según la constitución de la OMS fue definida, como el “estado de completo bienestar psicológico, físico y social que tiene una persona, y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones”. (Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 1).

Para el presente trabajo se tomó la definición de la salud dada por la OMS, por tratarse de una organización que es una autoridad internacional de salud

La OMS definió que el sistema de salud “engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo

actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal". (Organización Mundial de la Salud, 2017, p. 1).

En este sentido considerando la definición de la OMS los sistemas de salud se estuvieron compuestos tanto por la instituciones, organización y también por el recurso, todos ellos con una orientación que es mejorar la salud.

La cobertura de salud se definió por la OMS "como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades (...) la cobertura universal implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población". (La Organización Panamericana de la Salud, 2014, p. 2).

La cobertura de salud se constituyó en un punto clave que requirió del financiamiento para atender la demanda de la población en salud y también los mecanismos correspondientes.

En la 66° sesión del comité regional de la OMS para las Américas se definió al acceso universal como "la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, socio cultural, de organización o de género (...) se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras(...)". (Organización Panamericana de la Salud, 2014, p.4).

El acceso universal se consideró como un punto también necesario a considerarlo por tratarse de la ausencia de barreras tanto de tipo económico, como también geográfico, como socio cultural.

Pablo Nieto consideró que reforma del sector salud se define como "un proceso de cambios estructurales (...) en lo político, en lo técnico y en lo administrativo, dirigido a lograr (...) cobertura de servicios de salud de la población... utilizando (...) todos los recursos existentes sean estos de carácter público o privado (...)". (Nieto, 1995, p. 27).

2.5 Procedimientos metodológicos de investigación

Para la realización del presente trabajo de investigación se desarrolló los siguientes procedimientos:

Búsqueda de la información pública relacionada a la reforma de salud según las medidas planteadas en la reforma, clasificación de la información encontrada según los cinco pilares de la reforma de salud, revisión de los datos encontrados durante la investigación y análisis de los mismos para abordar los objetivos del presente trabajo.

2.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Se realizó una revisión documental para recoger la información, teniendo como fuentes de información las de acceso público a fin de realizar este análisis de una forma integral.

Un instrumento de recolección de datos fue considerado “en principio cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información (...) de este modo el instrumento sintetiza en si toda la labor previa de la investigación”. (Fariñas, Gómez, Ramos y Rivero, 2010, p. 1).

Se tuvo en consideración que un instrumento de recolección de datos fue necesario para realizar la investigación, debido a que permitió al investigador conseguir información de manera ordenada, que favoreció el desarrollo del trabajo.

Así también otros autores señalaron que “Las técnicas están referidas a la manera como se van a obtener los datos y los instrumentos son los medios materiales, a través de los cuales se hace posible la obtención y archivo de la información requerida (...)”. (Fariñas, Gómez, Ramos y Rivero, 2010, p. 1).

Se entendió por técnicas a la forma como el investigador obtuvo los datos para la realizar la investigación, y que además mediante ellas permitió el archivo de la información necesaria.

Así también los instrumentos de recolección de datos fueron considerados como “Cualquier recurso que recopile información referente a la investigación (...) elementos básicos que extraen la información de las fuentes consultadas. (...) le dan validez a la investigación. (...) van desde una simple ficha hasta una compleja y sofisticada encuesta”. (Fariñas, Gómez, Ramos y Rivero, 2010, p.1).

Por ello los instrumentos de recolección de datos se constituyeron en una herramienta necesaria para obtener la información de la investigación, facilita la extracción de elementos necesarios para la investigación y refuerza la validez de los datos.

2.7 Mapeamiento

La fase del mapeo tuvo por fin “situarse mentalmente (...) a la realidad social o cultural objeto de estudio, donde se tengan claramente identificados los actores o participantes, los eventos y situaciones en los que interactúan dichos actores, las variaciones de tiempo y lugar de las acciones (...)” (Quintana, 2006, p. 52).

El mapeamiento ayudó al investigador a poder proyectarse en la investigación, a situarse en la realidad y a la identificación de los actores participantes, así como situaciones diversas del estudio.

En el sistema de salud vigente está conformado por el Ministerio de Salud, Viceministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Seguro Social, Servicios de Salud de las Municipalidades, de la Policía Nacional del Perú, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas, los Servicios de Salud privados, las universidades, y la sociedad civil organizada. Así mismo el sistema se puede subdividir en el sub sector público, subsector privado y las organizaciones sociales. El sub sector privado tiene asegurados y prestadoras de servicios de salud (Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo); el Subsector público, está conformado por el Seguro Social (EsSalud), Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Locales. Estos componentes tienen a su vez sus aseguradores y sus organismos prestadores de servicios de salud, siendo así el Seguro Social funciona como asegurador mediante gerencia central de EsSalud y como prestador mediante las redes

prestadoras; las fuerzas Armadas funcionan como asegurador mediante sus Instituciones Administradoras de Fondos de Salud (IAFAS) y también contaron con su red prestadora; la Policía Nacional tuvo a Salupol que funcionó como asegurador y contó también con su red prestadora, el Ministerio de Salud contó con su asegurador que fue SIS y además contó con una red prestadora en Lima; así también los gobiernos regionales y locales no contaron con una institución aseguradora pero si contarón con una red prestadora.

El sistema de salud contó con niveles de organización que son los consejos de salud a nivel regional y local, los cuales se constituyen en los órganos de concertación, coordinación y articulación regional y Provincial del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

El Ministerio de Salud contó con órganos consultivos, de control, de defensa jurídica, de asesoramiento, órganos de apoyo, órganos de línea en los cuales encontraban los dos viceministerios, órganos desconcentrados, que incluyen 18 hospitales, 7 institutos nacionales especializados, 4 direcciones de redes integradas de salud y 363 establecimientos de salud.

Del mapeo institucional del sistema de salud actual en el marco de las funciones del sistema de salud se identificó que la función rectora la cumple el Ministerio de Salud, la función de Financiamiento y Aseguramiento lo cumple el sector privado y también el sector público (Ministerio de salud, sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional, EsSalud) y la función de provisión del servicio lo cumplen el sector privado, como el público incluyendo los Gobiernos Regionales y Locales.

2.8 Rigor científico

Para el presente trabajo se consideró que “El rigor surge como concepto fundamental de la investigación científica basada en el paradigma newtoniano que, según Ratcliffe y González-del Valle, se basa en las doctrinas del reduccionismo y la universalidad y pone énfasis en el modo analítico de pensamiento”. (Arias y Giraldo, 2011, p. 501).

El rigor científico es importante por el énfasis en el análisis del pensamiento, lo cual contribuyó dándole validez al trabajo de investigación, asegurando una depuración de las opiniones respecto al tema y facilitando el ajuste relevante de los datos de la investigación, por ello la importancia de aplicar el rigor científico en la investigación para darle validez.

Los procedimientos más utilizados en la operativización de criterios de rigor en la investigación cualitativa según Johnson fueron “Investigador como detective, trabajo de campo extenso, utilización de descriptores de baja inferencia, triangulación de datos, de métodos, de jueces, teórica, validación desde los participantes, revisión jueces, búsqueda y análisis de casos negativos, reflexividad y establecimientos de patrones”. (Sandin, 2000, pp. 237 - 238).

Entre los procedimientos planteados en la investigación, para el análisis de datos se consideró a la triangulación de datos.

Según Creswell los procedimientos que fueron más utilizados en la operativización de criterios de rigor en la investigación cualitativa están “Trabajo prolongado y observación persistente, triangulación, revisión jueces, análisis de casos negativos, clarificación de los sesgos del investigador, confirmación con los participantes, descripción gruesa y auditoria externa”. (Sandin, 2000, p.237-238).

Estos procedimientos planteados por Creswell coincidieron en gran medida por los planteados por el autor Johnson, de los cuales para el presente estudio se tomó la triangulación.

Se utilizó como estrategia de rigor científico la triangulación de datos, de los informes y de las referencias bibliográficas.

Según la referencia bibliográfica “La triangulación es un término originariamente usado en los círculos de la navegación por tomar múltiples puntos de referencia para localizar una posición desconocida. Campbell y Fiske

(...) los primeros que aplicaron en 1959 la triangulación en la investigación". (Arias, 2000, p. 2).

Por ello la triangulación sirvió en la presente investigación para darle rigor científico al estudio.

En la revisión bibliográfica "Se asume convencionalmente que la triangulación es el uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto (...). Es conveniente concebir la triangulación envolviendo variedades de datos, investigadores y teorías, así como metodologías". (Arias, 2000, p.2).

En tal sentido durante la aplicación de la triangulación se analizó y se revisó en forma paralela los datos que fueron materia de triangulación para el estudio de investigación.

Para Cowman, la triangulación se definió como la combinación de múltiples métodos en un estudio del mismo objeto o evento para abordar mejor el fenómeno de investigación. (Arias, 2000, p. 2).

Esta definición sumó a las anteriores ya que agregó que también se combinan múltiples métodos para abordar mejor la investigación. La triangulación se constituyó en un procedimiento que se empleó para reforzar la validez de los resultados

2.9 Fuentes de Información

Se definió a las fuentes de información como "los materiales documentales electrónicos o impresos que contienen información científica, datos específicos, escritos oficiales que fundamentan un trabajo académico, sea éste una investigación, un artículo, ensayo, programa de estudios, ponencia, un informe". (Torres, 2011, p. 146).

De las fuentes de información se entendió que en general fueron los materiales documentales de diferente tipo sean electrónicos o impresos, los cuales tuvieron la información necesaria para el desarrollo de la investigación.

“Las fuentes de información son los instrumentos que ayudan a localizar y recuperar los documentos y la información. El concepto de fuente de información ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, así como el término para designarlas”. (Lozantos, 2011, p. 3).

En la revisión se observó la evolución del concepto de fuente de información, pero en esencia fueron los instrumentos que ayudaron a la obtención de información.

Las fuentes de información se clasificaron en tres tipos y son primaria, secundaria y terciaria. Las fuentes primarias se entendieron como “(...) el documento origen de la información, que en él se contiene toda la información necesaria, no remite ni necesita completarse con otra fuente”. (Lozantos, 2011, p. 7).

Se consideraron que son fuentes de información primaria aquellas que tuvieron el mayor desarrollo del tema y pueden ser las monografías, publicaciones periódicas, actas de congreso y tesis entre otras.

Se definió como fuentes de información secundarias a “aquellas que no tienen como objetivo principal ofrecer información sino indicar que fuente o documento nos la puede proporcionar. Los documentos secundarios remiten generalmente a documentos primarios. Son fuentes secundarias los catálogos, las bibliografías, los repertorios, etc.” (Lozantos, 2011, p. 8).

Las fuentes secundarias ayudaron a guiarnos hacia donde obtener la información, se pueden considerar fuentes secundarias a los catálogos, repertorios, bibliografías.

Y las fuentes terciarias se consideraron como “fuentes secundarias que se han refundido con otras, como es el caso de las bibliografías de bibliografías y los repertorios. Su contenido se toma de otros documentos secundarios. (...)”

los documentos que son el resultado de un proceso de elaboración”. (Lozantos, 2011, p. 8).

Por la definición mencionada se consideró también como fuentes terciarias a las estadísticas o las encuestas.

Las fuentes de información que se utilizó en la presente investigación fueron de origen público, como documentos oficiales, consultorías, informes, boletines, reportes y publicaciones.

III. Trabajo de campo

3.1 El sujeto de investigación:

La elaboración de la propuesta de las medidas de la reforma de salud fue encargada al CNS el 8 de febrero del 2013, mediante la Resolución Suprema 001-2013-SA, la cual se titulaba “Encargan al Consejo Nacional de salud la tarea de formular y proponer medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud”, y el CNS en cumplimiento al mandato encargado aprobó en su centésima cuadragésima sesión del 04 de julio del 2013 el documento de propuestas de medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Salud tomando en consideración el documento aprobado en el CNS publicó el documento titulado Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud, el cual consideró el compromiso del CNS por la salud, los retos de mejora, la respuesta del estado, los lineamientos de reforma del sector salud, entre otros importantes temas como la protección al ciudadano, protección a usuario y protección de los riesgos financieros.

El CNS manifestó su compromiso mediante el mencionado documento considerando que guardase coherencia con los principios y valores del Ministerio de Salud. En este compromiso el CNS antepuso el derecho de la población de gozar de un buen estado de salud y continuar apoyando y avanzando hacia un sistema más equitativo eliminando barreras para acceso a los servicios de salud, estas barreras son de tipo económico, institucional, cultural y social. El segundo compromiso fue incentivar en la persona, familia y comunidad el cuidado de su propia salud, generando corresponsabilidad. El tercer compromiso fue construir en el país un sistema de protección en salud con la finalidad de elevar y proteger el estado de salud de la población. El cuarto compromiso fue hacer frente a las desigualdades en salud para que las personas y las comunidades puedan tener la posibilidad de desarrollar sus potencialidades, deleitarse de una vida con buena salud y tener el beneficio de acceso a los servicios de salud. El deseo del CNS fue que el sistema de salud contribuyera entre otros temas, a crear condiciones para el desarrollo sostenido del Perú. El quinto compromiso fue reafirmar el compromiso del CNS con el bienestar de la población y el desarrollo sostenido del país, apoyando al Ministerio de Salud en el fortalecimiento del financiamiento con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de

calidad, gozando de protección financiera ante algún evento de enfermedad que pudiera generar empobrecimiento a la familia.

También en el documento en mención el CNS se propuso cuatro retos. El primer reto fue extender las mejoras en el estado de salud de toda la población; el Consejo reconoció que había avances en los últimos 50 años en el estado de la salud de la población, con mejores indicadores sanitarios, disminución de las tasas de mortalidad materna infantil, disminución de la desnutrición crónica infantil, y la mejora de la esperanza de vida al nacer, pero esas mejoras no eran suficientes para tener una población sana porque seguían persistiendo las desigualdades en salud de la población, agregándose a ello los cambios demográficos, el aumento de la urbanización que contribuyeron a transformar el perfil epidemiológico del país, se incrementó la discapacidad y mortalidad por enfermedades transmisibles. El segundo reto fue instaurar una cultura de prevención y protección de la salud, considerando que la salud estaba influenciada por elementos individuales, colectivos y ambientales, lo cual hizo necesario generar una cultura de prevención y protección en la sociedad que contribuyo a modificar los determinantes sociales de la salud. El tercer reto fue avanzar hacia un sistema al servicio de la población, con la finalidad de brindar servicios de calidad, con mejor infraestructura, equipamiento, distribución de los recursos humanos, gestión de los servicios de salud; para ello planteó el CNS que se requiere cerrar las brechas existentes en los temas mencionados. Y el cuarto reto fue aliviar la carga financiera, considerando que en el quinquenio del 2008 al 2012 se registró un incremento anual de 11% del gasto per cápita en salud. El gasto en salud en el Perú fue de 5.1% del PBI, que comparándolo con otros país latinoamericanos representan que el país tiene 2.5 puntos porcentuales menos del PBI.

En el año 2013 el 73% de la población tenía seguro, pero aun considerando el incremento anual del gasto percápita no se ha logrado disminuir la carga financiera de salud en los hogares, que representaba un gasto de bolsillo entre 34 % y 38 % del total de financiamiento en salud, este gasto de bolsillo representó barreras de acceso a los servicios de salud por no contar con capacidad de pago, además el CNS consideró que este gasto de bolsillo ponía

en riesgo financiero a las personas, los motivos que el Consejo consideró que pudieron generar esta situación fue entre otros que el empleo formal no tuvo mucho crecimiento limitando por ende el crecimiento del régimen contributivo del Seguro Social, existencia de barreras que impedían a la población independiente que se incorpore al mercado de seguros, los problemas de financiamiento del SIS.

El CNS consideró que dada la naturaleza del sistema de salud era necesario abordar acciones de diferentes caracteres como el multidimensional; debido a que existían factores que determinaban el estado de la salud, estos factores fueron de tipo social, económico, biológico, cultural y político. También acciones de carácter integral que involucraban aspectos de promoción de la salud, de gestión y prevención del riesgo, de recuperación y de rehabilitación. Así también consideró el abordaje de carácter multisectorial teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud como son vivienda, inclusión social, educación, ambiente entre otros. El cuarto tipo de acciones fueron de carácter intergubernamental dado que el país es descentralizado, se requería acciones que permitieran articular y alinear las políticas sanitarias nacionales a las políticas sanitarias regionales y que estas se reflejen en la gestión de los servicios de salud que dieron como resultado gente protegida de daños a su salud, mejor estado de salud de la población, en especial de la población de menores recursos económicos.

El CNS consideró que entre las oportunidades para el cambio que el país presentó en el 2013 para la reforma de salud era un escenario político, económico y social favorable. Consideró que políticamente para el gobierno de aquel entonces, la salud era una de las prioridades de gobierno que venía impulsando el Gobierno Peruano, muestra de ello fue la mayor asignación de recursos al sector salud como el presupuesto que se asignó para la prevención y recuperación de las enfermedades oncológicas.

Según el CNS desde el punto de vista económico y considerando el marco macroeconómico multianual del Ministerio de Economía y Finanzas, el Perú

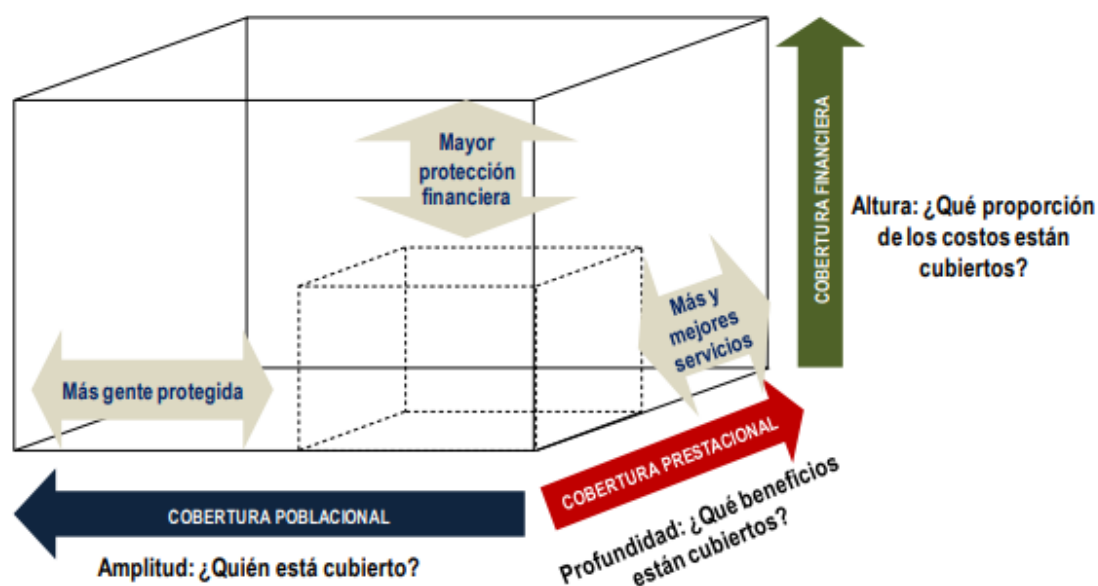
debió crecer desde el 2013 a un ritmo anual del 6% y ello generaría también la ampliación del espacio fiscal en salud.

Desde el punto de vista social el CNS consideró que la población tenía esperanzas de ver mejoras en los servicios de salud, mayor acceso a los servicios y mejora de la calidad.

Respecto al marco jurídico y político la reforma de salud se encontraba amparada en la Constitución Política del Perú considerando que la Constitución estableció que todos los peruanos tenían derecho a la protección de la salud, así mismo la décimo tercera política de estado del Acuerdo Nacional estableció la universalización al acceso de la población a los servicios de salud. Por otro lado también en el marco jurídico Peruano la Ley 26842, Ley General de Salud, estableció que la protección de la salud es de interés público y por ende el Estado tiene por función regular, vigilar y promoverla.

El CNS considero que con la finalidad que el estado de respuesta a la reforma iniciada era necesario que el Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud desplegará todas las acciones necesarias para consolidar el proceso de reforma iniciado por el estado orientado a alcanzar la cobertura universal de la protección en salud, y que la respuesta del estado debería enmarcarse en la Universalización de la Protección Social en Salud, por lo que planteó que el Ministerio de Salud continúe estableciendo políticas y generando los arreglos requeridos para alcanzar la cobertura universal en tres dimensiones; la dimensión poblacional, la dimensión prestacional y la dimensión financiera.

A continuación en la siguiente página se presenta la figura 1, que muestra las dimensiones de la cobertura universal de la protección de la salud, las cuales fueron tres la dimensión poblacional para que la población hubiera podido con cobertura para acceder a los servicios de salud individual y pública, la dimensión prestacional para que progresivamente hubiera podido acceder a prestaciones integrales y de calidad, acorde con el perfil epidemiológico y la dimensión financiera para que la población estuviera protegida de riesgos financieros que le hubieran podido generar gasto de bolsillo.



Fuente: Adaptado de Reporte OMS 2008.

Figura 1. Dimensiones de la cobertura universal de la protección en salud.

Fuente: Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud.

Considerando este marco el CNS planteó que el Ministerio de Salud debió ejecutar acciones en tres ejes complementarios que fueron plasmados en el marco conceptual de la reforma de salud.

A continuación en la siguiente página se presenta la figura 2, que esquematiza y sintetiza el marco conceptual de la reforma de salud, en que se planteó los tres ejes complementarios para alcanzar la protección social de la salud, el primer eje planteado fue la protección de riesgos en salud a lo cual se le llamó también protección de la población, planteando que el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales deberían desarrollar sus actividades enfocadas a fortalecer la promoción, prevención, vigilancia y control epidemiológico, gestión de riesgos y mitigación de daños. Como un segundo eje se planteó la protección en la atención de salud o llamada también la protección del usuario con el fin de garantizar la efectividad y oportunidad de tratamiento, seguridad del paciente, calidad del servicio, capacidad de respuesta, y la expectativa y satisfacción del paciente. Como tercer eje se planteó la protección financiera para conseguir recursos para las intervenciones de salud pública, para contar con recursos para el aseguramiento en salud y en particular para el gasto catastrófico.

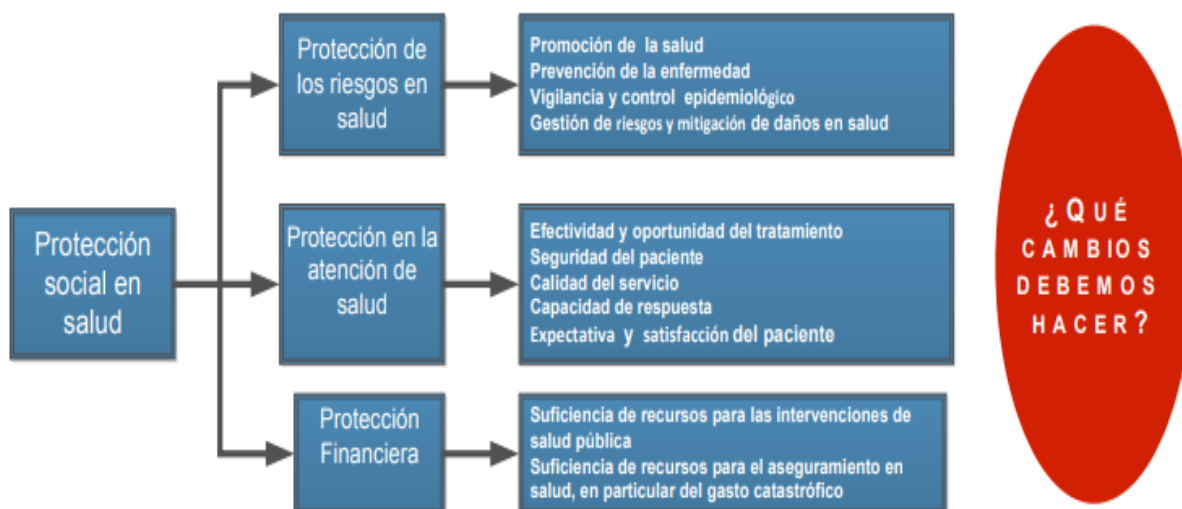


Figura 2. Marco Conceptual de la reforma de salud

Fuente: Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud.

El CNS también en su documento dejó sentado una serie de avances y marco legal existentes antes de la reforma para encaminar la misma tal como la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en salud, que dio un paso significativo al establecer el marco regulatorio para la cobertura universal de la protección en salud individual con una perspectiva integral. La mencionada ley estableció mecanismos para elevar el número de personas financiadas bajo un modelo de aseguramiento ampliando el conjunto de beneficios en salud a los que tendrían derecho a ser cubiertos, estableció que los residentes en el país deberían estar afiliados a uno de los tres regímenes de aseguramiento existentes: subsidiado, semicontributivo y contributivo. La Ley del Aseguramiento Universal creó el PEAS, el cual reemplazo al Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS).

Mediante el Decreto Supremo 16-2009-SA, se aprobó el PEAS, que es el plan de beneficios, que contiene el listado de las condiciones asegurables, intervenciones y Prestaciones a financiar, así como las garantías explícitas. Se constituye en el conjunto de prestaciones que todas las instituciones aseguradoras y proveedoras tanto públicas como privadas tienen el deber de financiar y proveer. (Anexo 27).

El conjunto de prestaciones seleccionadas en el PEAS fueron seleccionadas por criterio de carga de enfermedad, que es el nivel de impacto negativo que tiene una enfermedad o patología específica sobre el estado de salud de la persona, desde mortalidad precoz y la discapacidad generada por una patología. Se mide en años de vida ajustados por la discapacidad.

El PEAS, además precisó que su aplicación era progresiva, teniendo criterios de priorización para su aplicación. Es necesario agregar que el PEAS explicitó un paquete integral de prestaciones preventivas, de apoyo al diagnóstico, curativas y de rehabilitación, para atender 140 condiciones asegurables en todo el ciclo de vida, que cubrían los problemas de salud que generaban el 65 % de la carga de enfermedad a nivel nacional.

Así también en el caso del SIS, se había extendido la aplicación del PEAS a todos sus asegurados a nivel nacional. Asimismo, se había fortalecido el Fondo Intangible Solidario en Salud (FISSAL) para el financiamiento de las prestaciones de Enfermedades de alto costo que no estaban consideradas en el PEAS, como las oncológicas contenidas en el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer-Plan Esperanza.

El CNS consideró que respecto a la cobertura prestacional, existía en el año 2013 un 27 % de población que no contaba con seguro, y que además se encontraban concentrados en los segmentos independientes o pobres localizados en zonas remotas. Así mismo respecto a la cobertura prestacional, las brechas de recursos humanos y de equipamiento al interior del sector público impedían la adecuada provisión de los servicios de salud contenidos en el PEAS, en términos de volumen y calidad. El CNS consideró que los niveles y estructura de financiamiento que existían en el año 2013 eran insuficientes para proteger a la población de los riesgos de empobrecimiento que pudiera generar un evento de enfermedad.

Los lineamientos de reforma del sector salud planteados por el CNS fueron doce, el primer lineamiento fue potenciar las estrategias de intervención en salud pública, el segundo lineamiento planteado fue fortalecer la atención

primaria de salud, el tercer lineamiento planteado fue la mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados, el cuarto lineamiento planteado fue reformar la política de gestión de recursos humanos, el quinto lineamiento planteado fue cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre, el sexto lineamiento fue extender el aseguramiento en el régimen subsidiado de acuerdo a criterios de vulnerabilidad, el séptimo lineamiento fue fomentar el aseguramiento como medio de formalización, el octavo lineamiento fue consolidar al seguro integral de salud como operador financiero, el noveno lineamiento fue fortalecer el Fondo Intangible Solidario en Salud como financiador de segundo piso, el décimo lineamiento fue aplicar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud, el onceavo lineamiento fue fortalecer el financiamiento del seguro social de salud y el doceavo lineamiento fue fortalecer la rectoría del sistema de salud.

Del libro de lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud entregado por el CNS al Ministerio de Salud, este asumió como ente rector del sector salud según la publicación del Ministerio de Salud titulado Avances de la Reforma del sector salud, publicado en junio 2014, que el objetivo de la reforma de salud fue universalizar la protección social en salud, precisando que de manera progresiva las personas se beneficiarían de las acciones realizadas por el estado para mejorar los determinantes de su situación de salud, acceda a más y mejores cuidados de su salud, y que no tengan el riesgo de empobrecer a causa de cuidar su salud o sanar su enfermedad.

El Ministerio de Salud precisó en el mismo documento señalado en el párrafo anterior las características de la reforma de salud, las cuales fueron cuatro, la primera fue que estaba centrada en las personas, la segunda que promovía la corresponsabilidad, la tercera característica fue que establecía la ruta hacia un sistema de salud universal, equitativo y solidario. Finalmente la cuarta característica fue que la reforma de Salud correspondía a una política de Estado, en el sentido que se consolidaba sobre la base de un proceso de acumulación de esfuerzos de gobiernos anteriores, los cuales sirven de base para gobiernos futuros, en el marco de que las políticas deben orientarse en el

mediano y largo plazo, con visión estratégica hacia el desarrollo nacional. La reforma comprendió cuatro componentes: Más gente protegida, más y mejores cuidados, más protección de derechos, y más rectoría. Los tres primeros componentes estaban centrados en las personas y que el cuarto componente buscaba dar viabilidad y sostenibilidad a los tres primeros. Se establecieron medidas concretas para conseguir cada uno de los componentes.

A estos componentes se les denominó pilares según la publicación Avances de la reforma de la salud que fue un reporte informativo del periodo 2013 – 2014, publicado por una siguiente gestión ministerial de salud. Las medidas concretas para conseguir el pilar más gente protegida fueron tres. La primera medida fue eliminar las restricciones administrativas, La segunda medida fue considerar los criterios de vulnerabilidad adicionales al de la pobreza, y la tercera medida desarrollar los mecanismos para cerrar la brecha de población no pobre sin protección en salud, con la propuesta de incorporarlos automáticamente al Seguro Integral de Salud a los trabajadores independientes que tributan en el Régimen Único Simplificado.

Las medidas concretas para conseguir el segundo pilar más y mejores cuidados planteados por el Ministerio de Salud fueron ocho, la primera medida fue fortalecer las intervenciones de salud colectiva con énfasis en el desarrollo integral infantil con los otros sectores vinculados, la segunda medida fue ampliar la cobertura prestacional incluyendo servicios de promoción, prevención. Diagnóstico temprano, diagnóstico definitivo, estadiaje y tratamiento recuperativo y paliativo del cáncer, la tercera medida fue fortalecer los establecimientos de salud públicos con infraestructura, equipamiento y ambulancias, la cuarta medida y es acercar a la población las intervenciones y los servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación mediante el establecimiento de redes integradas de atención primaria de la salud, la quinta medida fue revalorizar al trabajador público de salud, la sexta medida fue ampliar los horarios de atención en los hospitales mediante prestaciones complementarias a cargo del mismo personal de la salud, la séptima medida fue que las personas puedan acceder a los establecimientos cercanos de su lugar de residencia, sin considerar el tipo de seguro con el que cuenten (Seguro

Integral de Salud, EsSalud u otra institución) y sin generar gasto de bolsillo, y evitando que las personas se desplacen a otras localidades y la octava medida fue mejorar el acceso a medicamentos genéricos complementando la dispensación en los establecimientos públicos.

Las medidas concretas para conseguir el tercer pilar más protección fueron dos y se enfocaron en la creación de la Superintendencia Nacional de Salud ampliando su ámbito y facultades a la Superintendencia. También se propuso que la Superintendencia vigile la categorización y supervise el proceso de acreditación de los servicios de salud.

Fueron cinco las medidas concretas para conseguir el cuarto pilar más rectoría que se le llamó inicialmente como cuarto componente en la primera gestión ministerial. Aquí es necesaria hacer la atinencia que en la gestión ministerial en la que se dio la reforma de salud se consideraron solo cuatro medidas que fueron la reorganización del Ministerio de Salud, la creación del Instituto de Gestión de los Servicios de Salud, reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública y la recuperación de la facultad de intervención del Ministerio de Salud ante situaciones de emergencia en las regiones y en la siguiente gestión ministerial de la reforma, según el reporte informativo 2013 - 2014 del Ministerio de Salud titulado Avances de la reforma de la salud se asumió también este cuarto pilar más rectoría, pero con otras medidas; además cabe precisar que esas medidas del cuarto componente fueron consideradas en el quinto pilar. Siendo así se tuvieron las siguientes medidas para el cuarto pilar, primera medida fue fortalecer la conducción nacional de las intervenciones de salud colectiva, segunda medida fue desarrollar tecnologías en Salud Pública para la vigilancia, prevención y control, la tercera medida fue el rediseño del sistema de inteligencia sanitaria, la cuarta medida fue fortalecer la gestión de las acciones en salud colectiva, a fin de contribuir al financiamiento de las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de riesgos y daños, así como la supervisión de la ejecución y la quinta medida para el cuarto pilar fue la creación un Centro de Control y Prevención de Enfermedades, responsable de la gobernanza relacionada a la salud pública, así como la vigilancia e intervención oportunas frente a amenazas y riesgos.

Las medidas concretas para el quinto pilar más salud pública, fueron cuatro medidas, la primera medida fortalecer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud, la segunda medida fue la creación del Instituto de Gestión de los Servicios de Salud, a fin que se encargue de la conducción de los Institutos y Hospitales Nacionales, redes de Lima Metropolitana y así mismo que se encargue de asesorar a las regiones en temas de gestión de los servicios de salud, la tercera medida fue la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública, la cuarta medida fue la recuperación de la facultad de intervención del Ministerio de Salud ante situaciones de emergencia en las regiones.

Posteriormente el Ministerio de Salud publicó el 2 de junio del año 2016 el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 - 2021, que se constituyó en el documento formal que dio continuidad a la reforma de salud al año 2021, año del Bicentenario.

En el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 - 2021, se consideró que al año 2021, la reforma de salud ya debía estar plenamente consolidada, que se contaba con aseguramiento, universalización del acceso a los cuidados, atenciones y servicios de salud pública. Que el régimen subsidiado debía estar consolidado, que se contaba con aumento de cobertura poblacional prestacional y financiera, que se contaba con establecimientos acreditados, que se había mejorado coordinación y articulación intersectorial e intergubernamental, que se había realizado una ejecución presupuestal optima en salud en los gobiernos regionales, que se contaba con espacios de coordinación multisectorial a nivel local para el abordaje de los determinantes sociales, que las políticas públicas favorecen la adopción de conductas saludables, que las políticas intersectoriales protegen a los niños y adolescentes del abuso físico y psicológico, que se han reducido las brechas e inequidades en salud, se ha mejorado la seguridad alimentaria, se ha disminuido la desnutrición crónica infantil a menos del 10%, que se ha reducido la razón de mortalidad materna y mortalidad neonatal, que se han mejorado los indicadores de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, que la tuberculosis deja de ser un problema de salud pública, que disminuye la mortalidad por cáncer, que disminuye la prevalencia de diabetes

mellitus, que se han mejorado las condiciones de salud de las personas mayores de 65 años, que las políticas del Ministerio de Salud han reducido la tasa de letalidad de pacientes hospitalizados por emergencias.

En ese marco el Plan Estratégico Sectorial Multianual consideró tres objetivos estratégicos, que fueron mejorar la salud de la población, ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud y promover la protección efectiva de los derechos a la salud.

En la siguiente página se presenta la figura 3 en la cual se muestra la matriz de ruta estratégica respecto a los objetivos estratégicos priorizados del Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 – 2021, en el cual se observa que los objetivos estratégico están relacionados a los pilares de la reforma de salud, según se contempló en la hoja de ruta para la implantación de la reforma institucional del Ministerio de Salud, publicada en la Resolución Ministerial 596-2014/MINSA, en dicha hoja de ruta el Ministerio de Salud planteo como producto la elaboración del Plan Estratégico Sectorial Multianual.

Prioridad de Objetivo	Objetivos Estratégicos Priorizados	Sustento legal
1	Mejorar la salud de la población	En cumplimiento de la política nacional desarrollada en el Plan de Desarrollo Nacional del 2012 -2021, bajo la concepción estratégica del Desarrollo Humano Sostenible basado en Derechos, cuyo objetivo nacional es garantizar la dignidad de las personas y pleno ejercicio de los derechos humanos.
2	Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población	En cumplimiento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal 29344 y su reglamento que disponen el Aseguramiento Universal en Salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
3	Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población.	En cumplimiento de la Ley 26842, Ley General de Salud, artículo 127-A y la séptima disposición complementaria, transitoria y final de la Ley General de Salud, que define al Ministerio de Salud como la Autoridad de Salud de nivel nacional y ente rector del sistema de salud.

Fuente: Equipo de trabajo MINSA PESEM 2016

Figura 3. Matriz de ruta estratégica: Objetivos estratégicos

Fuente: Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021. Ministerio de Salud.

En la figura 4 se presenta el cuadro de los objetivos estratégicos e indicadores y acciones estratégicas rumbo al Plan Estratégico Sectorial Multianual al 2021, para lo cual se plantearon líneas de base para los indicadores de cada uno de los objetivos estratégicos, así para el indicador razón de años de vida saludables perdidos se planteó una línea de base del año 2012 y para los otros dos indicadores de porcentaje de población afiliada a un seguro de salud y porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa.

	INDICADOR	Línea base y año	META	Fuente de información	Responsable	ACCIONES ESTRATÉGICAS
			Año 5			
1. Mejorar la salud de la población.	Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)	192,5 años por mil habitantes (2012)	172,54 por mil habitantes	MINSA	MINSA	Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal
						Reducir la Desnutrición Infantil y, anemia
						Controlar las enfermedades transmisibles
						Disminuir las enfermedades no transmisibles
						Reducir los riesgos y/o lesiones ocasionadas por factores externos
2. Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud	Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud	80% 2015	97.0	SUSALUD	MINSA	Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población pobre y pobreza extrema.
						Expandir la Oferta de servicios de salud
						Modernizar la gestión de los servicios de salud
						Generar capacidades para el desarrollo e, implantación de tecnologías, investigación e información sanitaria.
3. Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población.	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	73,7 2015	90%	SUSALUD	MINSA	Fortalecer la Autoridad Sanitaria
						Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos.
						Crear e implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Políticas en Salud Pública y de las Políticas Públicas con impacto en la Salud Pública
						Reforzar los arreglos Inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial

Fuente: Equipo de trabajo MINSA PESEM 2016

Figura 4. Objetivos estratégicos e indicadores y acciones estratégicas rumbo al Plan Estratégico Sectorial Multianual al 2021.

Fuente: Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021. Ministerio de Salud.

Plan Estratégico Sectorial Multianual constituyó el último documento formal publicado por el Ministerio de Salud que consideró los pilares de la reforma a los cuales les dio una nueva denominación, más no varío las medidas que fueron planteadas en la primera y segunda gestión Ministerial de la reforma de salud

3.2 Organización de la información y la evaluación del primer quinquenio de la reforma de salud

En el presente trabajo se revisó toda la información pública disponible relacionada a la reforma de salud, identificando la evolución de la misma, dado que según gestiones ministeriales se originaban ciertas orientaciones en el enfoque de la reforma de salud según los componentes o pilares como lo denominaron las gestiones ministeriales en su periodo y teniendo la particularidad que los pilares de la reforma dejaron de ser considerados en el cambio de gobierno.

Por cada supuesto teórico se buscó evidencias de su avance en los cinco primeros años, como Leyes, decretos legislativos, decretos de urgencia, resoluciones ministeriales, ejecución presupuestal, entre otras evidencias que contribuyeron para identificar los avances de la reforma de salud, dichas evidencias sirvieron como insumos para realizar la evaluación respectiva.

Los supuestos teóricos para el presente trabajo se basaron en los componentes de la reforma, publicados por el Ministerio de Salud en junio del 2014, en el documento Avances de la reforma del sector salud, los cuales posteriormente en el reporte informativo 2013 - 2014 del Ministerio de Salud denominado Avances de la reforma de la salud y publicado en marzo 2015 se denominó a los componentes como pilares de la reforma de salud; cabe precisar que este cambio de denominación se produjo en la siguiente gestión ministerial de salud luego de iniciarse la reforma de salud.

Fueron cinco los pilares que se plantearon para la reforma de la salud y cada uno de ellos tenía medidas para alcanzar el objetivo de la reforma, dicho objetivo fue universalizar la protección social en salud para que progresivamente la población se hubiera beneficiado de las acciones que el Estado realizó para mejorar los determinantes de la situación de salud, accedieran a más y mejores cuidados y no tuvieran riesgo de empobrecer a causa de enfermar.

Se denominaron al primer pilar más gente protegida, al segundo más y mejores cuidados, al tercero más protección de derechos, al cuarto más rectoría y al quinto más salud pública.

El primer pilar más gente protegida tuvo como objetivo el 51% de la población protegida por el seguro público al año 2015. Y sus medidas fueron tres.

Respecto al objetivo la figura 5 muestra que en el año 2012 la población peruana asegurada al SIS fue de 11,353,562, lo cual representó un 37,67%, al 2015 la población peruana asegurada al SIS fue de 31,151,643, lo cual representó el 53,84% de la población ya estaba asegurada al SIS en tanto al año 2017 la población asegurada al SIS fue de 16,501,939 de peruanos asegurados al SIS, lo cual representó un 51,85 % de población demográfica asegurada al Seguro Integral de Salud. Los datos muestran que la meta planteada al año 2015 se cumplió, pero luego al año 2017 hubo una disminución de población asegurada al SIS.

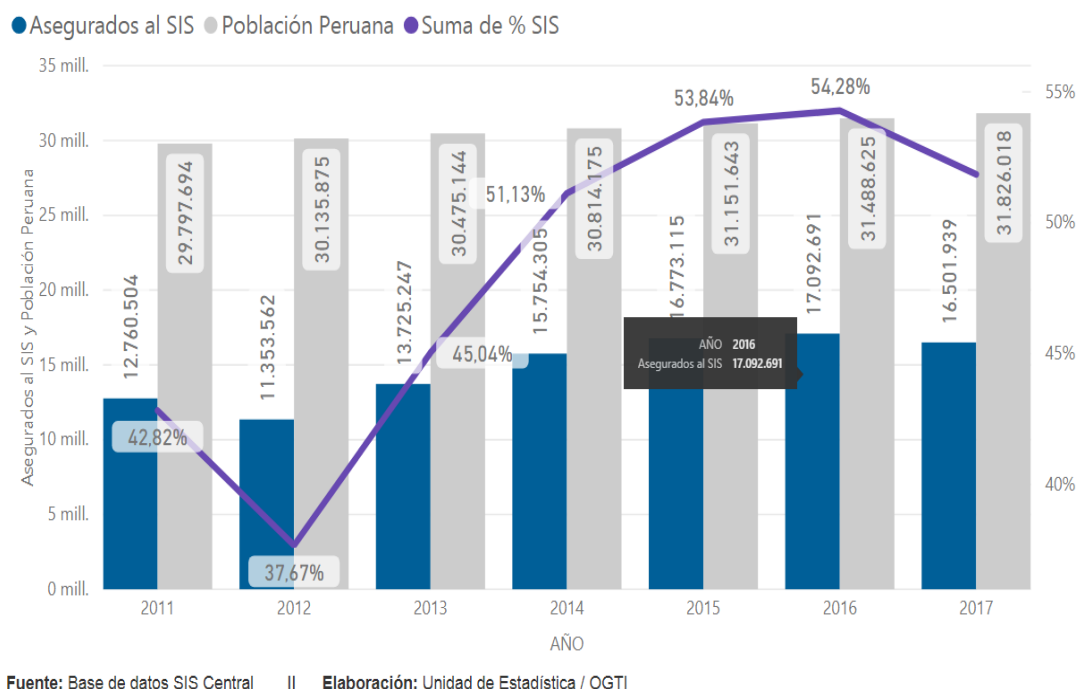


Figura 5. Asegurados al Seguro Integral de Salud, estimación demográfica del Perú y afiliación al Seguro Integral de Salud, 2011 – 2017 IV trimestre.

Fuente: Boletín estadístico trimestral del Seguro Integral de Salud, 2017 IV trimestre. Enero – diciembre.

La primera medida del primer pilar fue eliminar las restricciones administrativas que el Ministerio identificó que impedían la protección de la población pobre y que residía en las zonas más alejadas, también de la población indocumentada, de la población que residía en albergues y también la población en situación de calle, con esta medida se consideró contribuir a que esta población acceda al SIS y se avance en cerrar la brecha de población pobre sin protección del SIS.

De acuerdo al análisis documental se hizo mediante la Ley 30073, que dio al Poder Ejecutivo la facultad para legislar en salud se formuló y se aprobó veintitrés decretos legislativos a partir de los meses de setiembre y diciembre del año 2013, para fortalecer el sector salud. De estos decretos solo 15 correspondieron al Ministerio de Salud, el resto correspondieron al Ministerio de Trabajo, Ministerio del Interior y Ministerio de Defensa, los cuales también tienen a su cargo servicios de salud. De los quince que correspondieron al Ministerio de Salud, uno estaba orientado al componente de ampliar la cobertura, diez a mejorar los servicios de salud, uno orientado a defender los derechos de los usuarios y tres a fortalecer la gobernanza y rectoría.

Mediante el poder en legislar que se delegó en el Poder Ejecutivo se dio el Decreto Legislativo 1164, publicado el 7 de diciembre del 2013 con el cual se aumentó la cobertura del aseguramiento en salud, este decreto permitió afiliar al Régimen de Financiamiento Subsidiado a personas que no tenían protección de salud, además también permitió superar barreras administrativas.

Este decreto permitió la incorporación de personas que no estaban en el padrón general de hogares, cabe precisar que la incorporación se encontraba a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, también se afilió a personas privadas de su libertad de los centros penitenciarios, personas de los centros juveniles a cargo del poder judicial, de centros residenciales públicos y privados

de niños, niñas adolescentes, y también personas acreditadas por el Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables que vivían en la calle.

Así mismo el Decreto Legislativo 1164 disminuyó las barreras administrativas permitiendo la afiliación durante 45 días a personas indocumentadas, personas que vivían en la calle, entre otras como que vivan en centros focalizados, cabe precisar que la focalización lo realizaba el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y la acreditación de las personas que vivían en calle estaba a cargo del Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables (Anexo 28).

Con la dación del decreto al inicio de la reforma de salud se dio el marco normativo necesario con el cual el SIS pudo asegurar a esta población que sin duda necesitaban tener un tipo de seguro.

En la figura 6 se muestran los avances al año 2014 que se obtuvieron para el pilar 1, así mismo se detallan las metas planteadas al año 2015 relacionadas a las medidas de este primer pilar. Así en el año 2014 se avanzó en afiliar al SIS a 332,000 nuevos afiliados correspondientes al grupo de personas pobres de centros poblados muy alejados, habitantes de albergues y personas privadas de la libertad.

Pilar 1: Más peruanos protegidos por un seguro de salud		
Objetivo 1: 51% de la población protegida por el seguro público (más de 15 millones de peruanos asegurados en el SIS)		
Resultados	Avance 2014	Meta 2015
> Gestantes y recién nacidos afiliados al SIS	> 5,000 nuevas gestantes y recién nacidos no pobres afiliados al SIS	> 400,000 gestantes (45,000 nuevas) > 350,000 recién nacidos (40,000 nuevos)
> Personas pobres de centros poblados muy alejados, habitantes de albergues y personas privadas de la libertad afiliadas al SIS	> 332,000 nuevos afiliados	> 265,000 nuevos afiliados > Afiliación de población nativa amazónica
> Personas pobres de zonas urbanas afiliados al SIS	> 884,000 nuevos afiliados	> 850,000 nuevos afiliados
> Escolares del ámbito de Qali Warma afiliados al SIS	> 834,000 nuevos afiliados	> 2'800,000 (150,000 nuevos)
> Contribuyentes independientes N-RUS	> 375,000 afiliados	> 700,000 (325,000 nuevos)

Figura 6. Pilar 1: Mas peruanos protegidos por un seguro de salud.

Fuente: Reporte informativo 2013 – 2014. Avances de la reforma de salud.

La segunda medida para lograr más gente protegida fue la incorporación de los recién nacidos, las madres gestantes, las mujeres puérperas, los preescolares y escolares del nivel inicial y nivel primaria al SIS con esta medida el Ministerio de Salud pretendió que el SIS se convirtiera en un instrumento de previsión social en salud, protegiendo a la población de los peligros monetarios debido a una enfermedad.

De acuerdo al análisis documental con la promulgación del Decreto Legislativo 1164, se incorporó al SIS a las gestantes, a las puérperas y al grupo poblacional entre cero y cinco años, que no tenían otro seguro de salud. Para lo cual se dio un plazo de 120 días para regular la inclusión, la cual fue de manera progresiva y priorizando a los menos de cero a tres años. Así mismo este decreto permitió la afiliación de los recién nacidos de padres que estaban en el SIS en el régimen subsidiado.

Así mismo la Ley 30061, promulgada el 5 de julio del año 2013 priorizo la atención integral de la salud de los estudiantes que estaban en el programa Qali Warma, y además se complementó con la aprobación del Plan de Salud Escolar 2013-2016. (Anexo 29).

Además según los datos del reporte informativo 2013 - 2014 titulado Avances de la reforma de la salud, presentados en la figura 6 al año 2014 se afilió 5,000 nuevas gestantes y recién nacidos no pobres al SIS, se afilió también al SIS a 834,000 escolares del ámbito de Qali Warma.

Así mismo el reporte citado en el párrafo anterior se consideró como metas al año 2015 afiliar a 400,000 gestantes, 350,000 recién nacidos, 2'800,000 escolares del ámbito de Qali Warma.

Según los datos de la Revista peruana de medicina experimental y salud publica titulado Reforma del sector salud en el Perú: Derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios, publicada en julio del año 2016; dicho estudio reportó que en el año 2015 se afiliaron a más de 520,000 recién nacidos al SIS, con lo cual se cumplió la meta de afiliación de los recién

nacidos, así mismo se afilió a 2,8 millones de estudiantes de educación básica de Qali Warma, cumpliéndose también la meta planteada.

Respecto al resto de metas para el año 2015, 2016 y 2017 no se encontraron datos relacionados a las medidas

La tercera medida para lograr más gente protegida fue incorporar como asegurados del SIS a los trabajadores independientes que tributaban en el Régimen Único Simplificado, para lo cual no era necesario realizar ningún aporte adicional, solo bastó cumplir con el pago de sus impuestos de ley. Con esta medida el Ministerio de Salud reforzó al SIS convirtiéndolo en un instrumento de protección financiera ante riesgos de enfermar, además con esa medida el SIS marcaba a la ruta para que la protección social en salud resulte de impuestos generales.

De acuerdo al análisis documental se dio el Decreto Legislativo 1163 el 7 de diciembre del año 2013, con el cual aprobó las disposiciones para el fortalecimiento del SIS, incluyó las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud pública y al Fondo Intangible Solidario de Salud, este decreto precisó que toda mención al SIS también comprendía al Fondo Intangible Solidario de Salud. Este decreto precisó que el SIS se encontraba facultado en administrar los fondos de aseguramiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal y administrar los recursos para el financiamiento de la cartera de salud pública, según los criterios establecidos por el Ministerio de Salud. En el caso del Fondo Intangible Solidario de Salud se le facultó para solventar las atenciones de las enfermedades de alto costo, las enfermedades raras o huérfanas, procedimientos de alto costo, además le facultó a realizar convenios con las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud pública con afectación a sus propios presupuestos. Adicionalmente el decreto precisó que el SIS debía utilizar como única fuente de información para determinar si una persona cuenta con otro seguro de salud la contenida en el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud. (Anexo 30).

El Decreto Legislativo 1163 se complementó con la Ley 29951, Ley del presupuesto del sector público para el año 2013, mediante el cual se afilió a los independientes pequeños que se convertían en contribuyentes del Nuevo Régimen Único Simplificado (N-RUS).

Para implementar esta medida el 23 de febrero 2014 el Ministerio de Salud lanzó el SIS emprendedor, con el objetivo de afiliar a 500,000 contribuyentes del Nuevo Régimen Único Simplificado (N-RUS), esta protección incluyó también a sus derechohabientes y cobertura contra el Cáncer.

Según los datos del reporte informativo 2013 - 2014 titulado Avances de la reforma de la salud, presentados en la figura 6 al año 2014 se afilio a 375,000 contribuyentes independientes al Nuevo Régimen Único Simplificado (N-RUS).

Así mismo en el reporte citado en párrafo anterior se consideró como meta al año 2015 afiliar a 700,000 contribuyentes.

Según los datos de la Revista peruana de medicina experimental y salud publica titulado Reforma del sector salud en el Perú: Derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios, publicada en julio del año 2016; se afilió a setiembre 2015 a 435,000 afiliados al plan SIS emprendedor.

No se encontraron datos de afiliación de contribuyentes independientes del Nuevo Régimen Único Simplificado correspondiente a los años 2016 y 2017.

No se hizo el incrementó progresivo del presupuesto para fortalecer al SIS debido a que al finalizar el gobierno en el que se dió la reforma de salud, el SIS adeudaba casi S/ 1,100 millones a los establecimientos de salud. Falto diseñar mejor capacidad del SIS para atender a la población asegurada con un financiamiento suficiente. Falto impulsar la reorganización del SIS para que su enfoque pase de medicina recuperativa a la medicina preventiva y de esta manera contribuya al fortalecimiento de la Salud Pública.

De acuerdo a la Ley 27657 promulgada el 29 de enero del año 2002 (Anexo 31), el SIS fue creado con la misión de lograr la cobertura del aseguramiento universal en salud, es el seguro que cubre hasta la tercera parte de la población, por ende fue considerado como el más grande asegurador o institución administradora de fondos de aseguramiento en salud.

Así mismo la Ley 27656 creo el Fondo Intangible Solidario de Salud y con ello complementó las funciones del SIS y con ello pudo brindar prestaciones de alto costo como son problemas de insuficiencia renal crónica, enfermedades raras y huérfanas, cánceres más comunes. (Anexo 32).

De la información revisada respecto al presupuesto del SIS en el año 2012 fue S/. 647,420,454 (se ejecutó 89.5%), en el año 2013 fue de S/. 1,123,110,046 (se ejecutó 98.9%), en el año 2014 fue de S/. 1,400,088,310 (se ejecutó 99.4%), en el año 2015 fue de S/. 1,756,278,819 (se ejecutó 99.5%), en el año 2016 fue de S/. 1,558,689,609 (se ejecutó 99.5%) y en el año 2017 fue de S/. 1,753,109,619 (se ejecutó 99.6%); al respecto el presupuesto del SIS fue incrementado progresivamente hasta el año 2015, luego fue disminuido y en el año 2017 se incrementó al monto similar que tuvo en el año 2015.

Los reportes del mensaje presidencial al asumir el cargo el ex presidente Pedro Pablo Kuczynski señalaron que el SIS estuvo diseñado para cubrir las necesidades de 10 millones de personas, pero fue ampliado para atender 16 millones de personas sin contar con el financiamiento correspondiente.

Según datos de la Encuesta Nacional de Hogares, reportó que el aseguramiento se incrementó de 61,8% a 73,3%, del año 2012 al 2015, es decir el 73.3% de la población ya se encontraba protegido por algún mecanismo de aseguramiento. Así mismo según los datos reportados en julio 2016 por la Superintendencia Nacional de Salud reportó que el 82.45% de la población ya tenían hasta esa fecha algún tipo de seguro en salud

Así mismo reportó la Encuesta Nacional de Hogares reportó que, el aseguramiento en población pobre subió de 62 a 74% en el periodo del 2011 al 2015 y en la población extremadamente pobre de 75 a 81%.

Por otro lado como datos adicionales respecto a las acciones que se hicieron en la reforma sobre el aseguramiento en el año 2013 se alcanzó un 75% de tasa de afiliación de la población rural; que representó el 51% del total de asegurados del SIS, también según la figura 6 se afilió al 2014 a 884,000 personas pobres de zonas urbanas al SIS.

El Ministerio de Salud al finalizar el último semestre del año 2016 del Gobierno del Partido Nacionalista del Perú, publicó el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 - 2021, en el cual consideró tres objetivos estratégicos, con sus correspondientes acciones estratégicas; los cuales luego de revisarlos y analizarlos se encuentran orientados en los cinco pilares de la reforma. Así para este primer pilar más gente protegida en el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 – 2021, se planteó como segundo objetivo estratégico ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población, al año 2015 el 73% de la población estaba afiliada a un seguro de salud y se planteó como meta que al 2017 el 75% de la población estuviera afiliada a un seguro de salud.

La primera acción estratégica para este segundo objetivo estratégico fue incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población. El haber considerado esta acción estratégica en el mencionado plan representó la orientación del Ministerio de Salud hacia la cobertura de aseguramiento en salud, con el fin de cerrar las brechas de la población sin seguro, que incluyeron a los recién nacidos, a los niños menores de tres años de edad, a los niños escolares de educación inicial de instituciones educativas públicas y a los niños escolares de educación primaria de escuelas públicas.

Al respecto de los datos encontrados se evidenció que el aseguramiento de la población peruana se incrementó lo cual representó un avance en la protección de salud de la población, sin embargo es también conveniente

considerar de no solo el incrementar el número de asegurados sino también el presupuesto asignado al SIS, para tener capacidad de respuesta en la atención de los asegurados, los cuales no encuentran la solución a sus necesidades de salud, debido a la disminución del presupuesto en los dos últimos años.

El segundo pilar fue más y mejores cuidados y tuvo tres objetivos al año 2015, según la figura 7 el primer objetivo fue tener más de 20,000 atenciones especializadas optimizando la oferta pública instalada, el segundo objetivo fue aprobar la cartera de inversiones por S/. 8,400 millones para 170 hospitales provinciales, 23 regionales y 11 nacionales y el tercer objetivo fue tener S/. 1,000 millones para la reforma remunerativa.

Pilar 2: Más servicios de salud para más peruanos

Objetivo 1: Más de 20,000 atenciones especializadas optimizando la oferta pública instalada

Objetivo 2: Aprobación de la cartera de inversiones por S/. 8,400 millones para 170 hospitales provinciales, 23 regionales y 11 nacionales

Objetivo 3: S/. 1,000 millones para la reforma remunerativa

Resultados	Avance 2014	Meta 2015
> Hospitales y establecimientos I-4 brindan atención en horario ampliado en las especialidades y servicios con mayor demanda	> 9 hospitales de Lima	> 20 hospitales en Lima y 12 en las capitales de otras regiones del país
> Campañas de atención y capacitación en regiones con brechas de especialistas a cargo de las Brigadas "Más Salud"	> 2 campañas	> 45 campañas
> Atenciones realizadas por intercambio prestacional	> 15,000	> 100,000
> Inversión en hospitales nacionales	> 3 hospitales en construcción > 1 con PIP viable > 6 en planeamiento y diseño	> 3 hospitales inaugurados
> Inversión en hospitales regionales	> 7 hospitales con inversiones en ejecución > 7 hospitales en elaboración de expediente técnico	> 5 hospitales inaugurados > 5 hospitales en ejecución de obra
> Inversión en hospitales provinciales	> 13 hospitales en ejecución de obra y equipamiento > 24 hospitales en elaboración de expediente técnico	> 12 hospitales inaugurados > 24 hospitales en ejecución de obras
> Trabajadores reciben nueva remuneración fija y bonos según tipo o ámbito de trabajo personal con competencias en medicina familiar y comunitaria	> 97,000 trabajadores con nueva remuneración fija > 10,500 trabajadores con Bono por APS > 10,000 trabajadores con Bono por Atención Especializada > 6,000 trabajadores con Bono por Servicios Críticos > 4,000 trabajadores con Bono por Jefatura > 4,000 trabajadores con Bono por Zona Alejada y Frontera > 1,900 trabajadores con Bono por Zona de Emergencia	
> Personal con competencias en medicina familiar y comunitaria	> 20,000 trabajadores (profesionales y técnicos) iniciaron el Diplomado de Atención Integral (I Fase del Programa de Formación en Salud Familiar-PROFAM)	
> Incremento de plazas de residente médico y dotación de profesionales	> 628 plazas más de residente que el 2013 > 16,000 plazas más de profesionales en EESS públicos que el 2013)	

Figura 7. Pilar 2: Más servicios de salud para más peruanos

Fuente: Reporte Informativo 2013 -2014, Avances de la Reforma de Salud

Respecto al primer objetivo los avances fueron que mediante el intercambio prestacional con EsSalud se logró atender a más de 2,000 atenciones entre el año 2012 y 2015, así mismo el Plan más salud hizo entrega de servicios especializados y se realizaron más de 1 millón de atenciones.

Al respecto del segundo objetivo mediante la planificación multianual se comprometió 8,400 millones de soles para el financiamiento de los

establecimientos que fueron priorizados durante los años 2013 a 2016; y el avance de los proyectos de inversión en salud correspondientes al periodo 2011 al 2016 fueron 11 hospitales nacionales de los cuales 2 estaban culminados y 9 en proceso; 34 hospitales regionales de los cuales 6 estaban culminados, 4 por culminar y 24 en proceso; 148 hospitales de provincia, de los cuales 21 estaban terminados, 7 por culminar y 120 en proceso.

Respecto al tercer objetivo según la publicación Avances de la reforma de salud (reporte informativo 2013 – 2014) el presupuesto para remuneraciones fue al año 2013 de 1,500 millones de soles, al año 2015 se asignó 1200 millones y al año 2016 de 2,350 millones de nuevos soles, lo cual permitió implementar la reforma remunerativa, cumpliéndose la meta planteada en la reforma al año 2015.

Las medidas para este segundo pilar fueron ocho. La primera medida del pilar 2 fue fortalecer el abordaje de las actividades de salud colectiva, con énfasis en el desarrollo integral infantil que involucró a otros sectores que tenían corresponsabilidad, y consideró para avanzar con esta medida la universalización de la suplementación con micronutrientes y hierro dirigido a niños de menos tres años de edad, la implementación del Plan “Aprende Saludable” para los escolares de primaria y también inicial.

De acuerdo al análisis documental en la publicación del Ministerio de Salud titulada Avances de la reforma del sector salud y publicada en junio del año 2014, señaló que el Ministerio de Salud planteó la meta de cubrir al 95% de niños y niñas para el año 2016. Al respecto en el año 2014 se distribuyó multimicronutrientes al 65 % (712,000) de niños menores de tres años

Así mismo según la figura 8 la meta según el plan de desnutrición crónica al año 2015 fue de 870,853 niños suplementados y al 2016 la meta fue de 1'028,359, se dedujo que represento el 95%, al respecto según los datos consignados en la misma figura en el año 2015 solo el 19 % de niños concluyeron la suplementación, y al primer semestre del año 2016 solo un 12% de niños concluyeron la suplementación.

Pregunta específica 1

¿Es eficaz la entrega de micronutrientes brindada por el personal de los establecimientos de salud de primer nivel de atención en beneficio de los niños de 6 a 35 meses?

Resultados

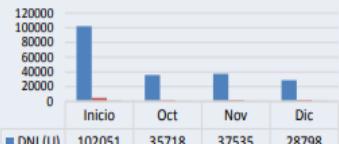
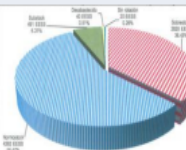
Situación encontrada	Criterio	Evidencia y análisis	Causas	Efectos																																									
<p>No se ha cumplido con la entrega de los micronutrientes programados en el Plan de DCI Anemia, para el año 2015 - 870 853 niños y 2016 - 1 028 359 niños.</p> <p>Porcentaje de DNI del padrón nominal que pueden ser identificados como niños únicos es el 15.7%, equivalente a 102 051 niños</p> <p>Niños entre 6 y 36 meses que cumplen el ciclo de la administración de micronutrientes (registró "TA" en el mes que corresponde), según mes de inicio</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Inicio</th><th>Oct</th><th>Nov</th><th>Dic</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DNI (U)</td><td>102051</td><td>35718</td><td>37535</td><td>28798</td></tr> <tr> <td>TA (G)</td><td>4828</td><td>1347</td><td>1665</td><td>1816</td></tr> <tr> <td>TA (C)</td><td>944</td><td>217</td><td>319</td><td>408</td></tr> </tbody> </table> <p>Elaborado por: Comisión Auditora / Fuente: MINSA</p> <p>Con respecto a lo entregado, según atenciones por niños, se ha identificado:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th><th>Iniciaron suplementación</th><th>Concluyeron suplementación</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td><td>570 109</td><td>163 269</td></tr> <tr> <td>2016 - I</td><td>285 547</td><td>122 312</td></tr> </tbody> </table> <p>Elaborado por: Comisión Auditora / Fuente: MINSA</p> <p>Se han planteado compromisos que el Minsa viene supervisando la implementación de los compromisos suscritos en "La Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS)".</p>		Inicio	Oct	Nov	Dic	DNI (U)	102051	35718	37535	28798	TA (G)	4828	1347	1665	1816	TA (C)	944	217	319	408	Año	Iniciaron suplementación	Concluyeron suplementación	2015	570 109	163 269	2016 - I	285 547	122 312	<p>A partir de los 6 meses de edad todo niño recibe 01 sobre de micronutrientes por día durante 12 meses continuos. (30 sobres mensuales).</p> <p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad que han iniciado la suplementación con micronutrientes. Porcentaje de niñas y niños que completaron el esquema de suplementación con micronutrientes <p>El MINSA tiene la función de supervisar la suplementación con micronutrientes en todos los establecimientos de salud, así como coordinar con los Gobiernos Regionales para su implementación.</p>	<p>Evidencia</p> <p>Base de datos HIS e información remitida por la Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida .</p> <p>Análisis</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th><th>Niños a ser suplementados</th><th>Concluyeron suplementación</th><th>%</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td><td>870 853</td><td>163 269</td><td>19</td></tr> <tr> <td>2016</td><td>1 028 359</td><td>122 312</td><td>12</td></tr> </tbody> </table> <p>- En el periodo 2015 el 19% (163 269 de 870 853) de niñas y niños que iniciaron el esquema de suplementación lo completaron.</p> <p>- Al I semestre de 2016, el 12% (122 312 de 1 028 359) niñas y niños que iniciaron el esquema de suplementación lo completaron</p>	Año	Niños a ser suplementados	Concluyeron suplementación	%	2015	870 853	163 269	19	2016	1 028 359	122 312	12	<ul style="list-style-type: none"> baja Cobertura de la prestación del servicio de suplementación. Limitación en la supervisión a la actividad de administración de suplementación. Limitaciones en la identificación y seguimiento de los beneficiarios. Limitaciones en la disponibilidad del recurso humano. Falta de articulación entre las unidades orgánicas del MINSA. 	<p>-No disminuye la prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses, según datos del INEI. Entre el 2015 y el primer semestre de 2016, la prevalencia de anemia fue de 43%</p> <p>-Sobrestock de Micronutrientes : Se ha determinado que el 36% de centros de salud se encuentran en sobrestock.</p>  <p>Stock: 62.8% Sin stock: 1.2% Sobrestock: 36%</p> <p>Fuente: INEI 2015 - Semestre 2015, manual de evaluación de la cobertura (2016). Elaborado por: Comisión de Auditoría.</p>
	Inicio	Oct	Nov	Dic																																									
DNI (U)	102051	35718	37535	28798																																									
TA (G)	4828	1347	1665	1816																																									
TA (C)	944	217	319	408																																									
Año	Iniciaron suplementación	Concluyeron suplementación																																											
2015	570 109	163 269																																											
2016 - I	285 547	122 312																																											
Año	Niños a ser suplementados	Concluyeron suplementación	%																																										
2015	870 853	163 269	19																																										
2016	1 028 359	122 312	12																																										

Figura 8. Análisis y Resultados: ¿Es eficaz la entrega de micronutrientes brindada por el personal de establecimientos de salud del primer nivel de atención en beneficio de los niños menores de 6 a 35 meses?.

Fuente: Contraloría General de la República, Auditoría de desempeño. Enero 2017.

Así mismo de acuerdo al análisis documental mediante el Decreto supremo 010-2013-SA, el 22 de agosto del año 2013 se aprobó el plan de salud escolar 2013 -2016, como una iniciativa multisectorial entre Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y también el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, con el propósito de identificar y dar atención a daños y riesgos vinculados al aprendizaje, además de desplegar una cultura de salud en los estudiantes, generando prácticas de estilos saludables, basados en el enfoque

de los determinantes sociales, los componentes del plan de salud escolar fueron tres evaluación integral de salud, promoción de comportamientos saludables y promoción de entornos saludables. (Anexo 33).

Así también el reporte informativo 2013 - 2014, titulado Avances de la reforma de salud, informó que la iniciativa Aprende Saludable comprendió la detección de riesgos relacionadas a salud bucal, ocular, mental, auditiva, así como vacunación y nutrición. También este plan incluyó acciones de promoción de la salud en la escuela.

De acuerdo al reporte citado en el párrafo anterior en el 2014 el Ministerio de Salud tuvo la meta de dar atención al 70% de la población objetivo, es decir 1'795,805 niños (397,237 de nivel inicial y 1'398,477 de nivel primario), al respecto se reportó a 1'177,611 niños con evaluación nutricional; 959,534 tamizajes de anemia; y 1'155,321 tamizajes de agudeza visual. En el año 2015 se proyectó una cobertura del 80% de los colegios del ámbito Qali Warma, que representó 2'228,018 niños.

De acuerdo al boletín n°2, Avances de la reforma de Salud publicado en agosto del 2014, el Ministerio de salud se planteó como meta 3.3 millones de niños y niñas cubiertos por la iniciativa aprende saludable al año 2016.

Según el Plan Estratégico Sectorial Multianual del Ministerio de Salud 2016 al 2021, el plan aprende saludable al 2016 atendió a 2,4 millones de estudiante del nivel inicial y nivel primario de los colegios del ámbito territorial de Qali Warma.

No se consideró en la primera medida del pilar 2 que desde el punto de vista de la Ley 26842, Ley General de Salud, el estado es responsable de vigilar, cautelar y atender los problemas de la desnutrición, en el año 2014 el Plan nacional de reducción de la desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia en el país 2014 – 2016 no fueron suficientes, lo evidente es que a pesar de los esfuerzos realizados los indicadores nacionales para anemia aún no han sido alcanzados al finalizar el primer quinquenio de la reforma de la salud.

Además los esfuerzos realizados a partir del programa presupuestal Articulado Nutricional para combatir a la anemia, desnutrición y las enfermedades prevalentes de la infancia, y que inclusive en algunas de ellas ya se hayan alcanzado las metas, como por ejemplo para desnutrición, lo cierto es que en el Perú estas metas numéricas no son representativas, porque esconden particularidades de muchas regiones por la diversidad del país. No se hizo una intervención que logrará mejorar significativamente la anemia en el Perú.

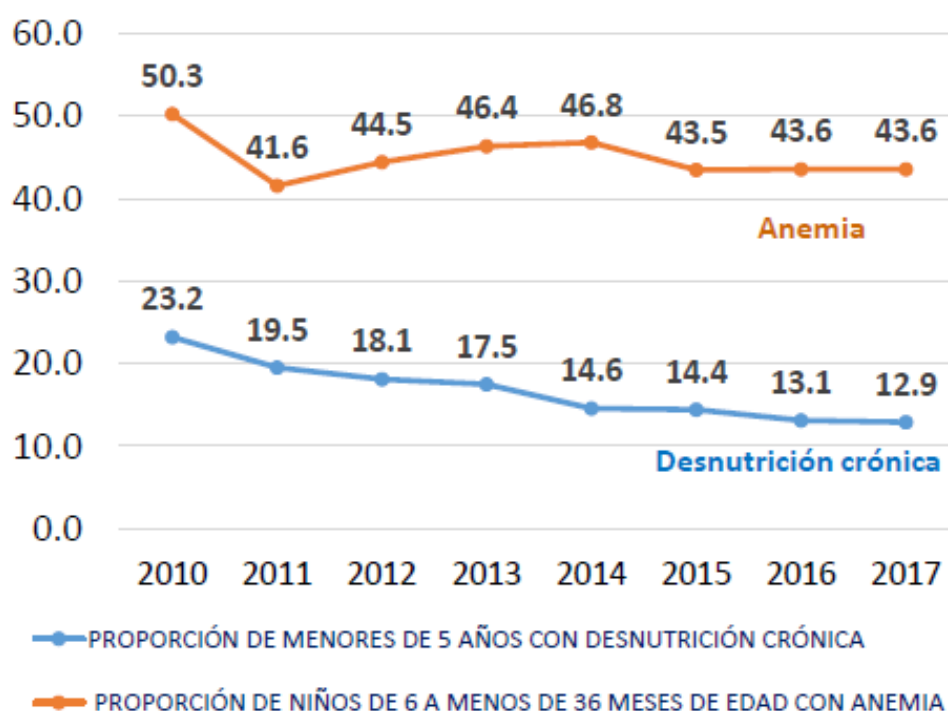
De acuerdo a las normas establecidas, la entrega de micronutrientes estaba enfocada desde niños de 6 meses, a los cuales se les entregó un sobre diario por un año, para lo cual el Ministerio de Salud consideró dos indicadores uno de ellos el porcentaje de niños de 6 a 35 meses que iniciaron con la suplementación con micronutrientes y el otro indicador es el porcentaje de niños que completaron el esquema de suplementación.

De acuerdo a la información de la Contraloría General de la República, de enero 2017, según la fuente de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, la meta para los años 2012 al 2015 fueron reducir al 20%, así mismo la prevalencia de anemia no disminuyó y para el primer semestre 2016 era de 43%.

Adicionalmente un problema que encontró también la contraloría fue que había un 36% de establecimientos que tenían un sobre stock de micronutrientes

Según las fuentes de Instituto Nacional de Estadística e Informática, correspondiente al año 2017, se presenta en la figura 9 que la proporción de anemia en el año 2012 fue de 44.5% y al año 2017 la proporción de anemia fue de 43.6, estos datos evidencian que solo se ha disminuido la anemia en el Perú en los niños menores de 35 meses en menos de 1% en el primer quinquenio de la reforma.

43.6%. de prevalencia de Anemia en niños de 6 – 35 meses
12.9% de prevalencia de Desnutrición crónica en menores de 5 años



Fuente: INEI – ENDES 2017

Figura 9. Prevalencia de anemia en niños de 6 – 35 meses y prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.

Fuente: INEI - ENDES 2017.

De la revisión realizada el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021, consideró como una de las acciones estratégicas reducir la Desnutrición infantil y anemia, además precisó que entre los avances se cumplió con la meta del ODM y se puede señalar que la tasa de desnutrición crónica infantil en menores de cinco años disminuyó de 19.5% en el año 2011 a 14.4%, el año 2015.

La desnutrición crónica disminuyó de 18.15% en el año 2012 a 12.9 en el año 2017.

La segunda medida para el pilar 2 de la reforma fue implementar el Plan Esperanza y el financiamiento del Fondo Intangible Solidario de Salud, con lo cual se proponía ampliar la cobertura prestacional, que incluyera todos los servicios de promoción, prevención, diagnóstico temprano y definitivo, estadiaje y tratamiento recuperativo y paliativo para la enfermedad del cáncer.

De acuerdo al análisis documental en la publicación se creó el plan esperanza el 3 de diciembre de 2012 mediante Decreto Supremo 009-2012/ SA, este plan se creó justamente para mejorar el acceso de las personas con cáncer a los servicios de promoción, prevención, diagnóstico temprano y definitivo, estadiaje y tratamiento recuperativo y paliativo del cáncer. (Anexo 34).

Así mismo según la publicación del Ministerio de Salud titulada Avances de la reforma del sector salud, se creó un fondo especial para el tratamiento de los tipos de cáncer que tenían mayor costo y para cánceres como la leucemia que necesitaban trasplante de medula espinal, lo cual se consideró una prioridad, a junio 2014 se habían atendido a 46 niños con leucemia.

En la figura 10 se presenta los logros del Plan Esperanza desde el año 2012 al año 2014 se atendieron a 32,204 pacientes, lo cual demandó una inversión de S/.211 millones, financiados mediante el Fondo Intangible Solidario de Salud, se realizaron 2'736,238 consejerías preventivas de cáncer, se atendió a 3,210 personas mediante la Esperanza Móvil y a 347 pacientes oncológicos terminales a domicilio.

ACTIVIDADES	LOGROS
Personas que recibieron consejerías preventivas de cáncer a nivel nacional.	7'719,935
Familias peruanas evaluadas sobre riesgo de cáncer a través de fichas familiares.	127,036
Dosis de vacuna VPH suministradas a niñas de 5° grado de primaria para protegerlas contra el cáncer de cuello uterino.	76,906
Tamizajes de los principales cáncer realizados en establecimientos de salud.	4'616,354
Personas con tamizajes de cáncer en unidades de Esperanza Móvil.	6,564
Mamógrafos en funcionamiento en 21 regiones del país.	45
Exámenes de Papanicolaou realizados en todo el Perú.	1'931,757
Pacientes con diagnóstico de cáncer tratados gratuitamente.	102,136
Neoplasias malignas más frecuentes tratadas en etapas tempranas.	45%
Pacientes con leucemia atendidos de manera gratuita (de ellos 1,263 son niños y adolescentes tratados por leucemia de 0 a 17 años).	2,958
Pacientes con trasplantes de médula ósea realizados con éxito, incluyendo 12 trasplantes no emparentados en Estados Unidos, financiados por el Estado.	54
Atenciones a pacientes oncológicos terminales en domicilio.	2,705

Figura 10. Logros del plan esperanza 2012 – 2014.

Fuente: Reporte informativo 2013 -2014. Avances de la reforma de salud.

Además, según el mismo reporte informativo 2013 – 2014, se capacitó a unos 661 profesionales en prevención primaria y secundaria de cáncer, se realizaron eventos internacionales tales como capacitación en implementación del trasplante de médula ósea de donante no emparentado, prevención secundaria de cáncer de mama, diplomado Latinoamericano de Cáncer de la Mujer; y la Reunión Latinoamericana de Experiencias Exitosas en Prevención y Control de Cáncer de Mama y Cuello Uterino

Así también según el mismo reporte señalado en el párrafo anterior en la figura 11 se presenta las atenciones del año 2014 que fueron el triple de las atenciones del año 2013. Se observa que el monto transferido para el año 2012 disminuyó en un 18 % en relación al año 2013.

	2012	2013	2014
PERSONAS ATENDIDAS	7,220	16,515	20,655
ATENCIONES	10,790	29,272	94,727
MONTO TRANSFERIDO	S/. 10'149,526	S/. 110'669,702	S/. 90'927,205

Figura 11. Personas atendidas, atenciones y montos transferidos por el Fondo Intangible Solidario de Salud en el marco del plan esperanza. Noviembre 2012 – diciembre 2014.

Fuente: Reporte informativo 2013 – 2014. Avances de la reforma de salud.

Según la memoria del Plan Esperanza publicado en año 2015, este plan beneficio a más de 16 millones de personas con temas de prevención primaria de cáncer, realizó más de 2.5 millones de detección temprana del canceres de mama, cuello uterino, gástrico, próstata y colon, se realizaron más de 130,000 afiliaciones de pacientes al SIS. (Anexo 35).

También según la publicación Avance de la reforma de la Salud, se realizaron convenios y existían en el Perú 35 establecimientos de salud que brindaron quimioterapia, de ellos 20 establecimientos del MINSA, 11 de EsSalud y 4 de las sanidades de las Fuerzas Armadas, los cuales estaban a disposición de la población, gracias al intercambio prestacional. Entre los convenios y contratos firmados se realizaron además hospitales del extranjero, y en Lima se firmaron convenios con el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el Instituto Nacional de Salud del Niño, los Hospitales Nacionales Cayetano Heredia, Daniel Alcides Carrión, Santa Rosa, María Auxiliadora, Hipólito Unanue, Dos de Mayo, Sergio Bernales y el Arzobispo Loayza. También en las regiones se suscribieron convenios con el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte en Trujillo, Hospital Belén de Trujillo, Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, el Hospital Goyeneche y el Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa; con el Hospital Antonio Lorena del Cusco, el Hospital Regional Docente Las Mercedes (Chiclayo); y con el Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura.

Se implementó la Red OncoMinsa que llegó hasta los gobiernos regionales, como una estrategia de enfoque multidisciplinario y en red, para la prevención y control del cáncer, usando métodos avanzados de laboratorios, telemedicina, plataformas virtuales, despistaje temprano

Respecto al financiamiento del Plan Esperanza se observa en la figura 12 que el financiamiento por el Fondo Intangible Solidario de Salud desde el año 2013 al 2015 disminuyó, en tanto en líneas generales incluyendo también al SIS el financiamiento del Plan Esperanza incremento en tres años solo un 30%

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2012	2013	2014	2015	TOTAL
FISSAL	13,708,731.42	110,669,701.86	81,133,672.00	91,735,248.00	297,247,353.28
SIS	15,340,379.60	22,912,821.40	45,609,986.80	56,706,638.70	140,569,826.50
TOTAL	29,049,111.02	133,582,523.26	126,743,658.80	148,441,886.70	437,817,179.78

Fuente: SIS FISSAL
Actualizado a Dic. 2015

Figura 12. Financiamiento del plan esperanza

Fuente: Pagina web del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

De acuerdo a los datos de la figura 13, se presenta que el gasto de bolsillo de la población disminuyo con el Plan Esperanza 34.00% en el año 2012 a 6.10% en el primer semestre del año 2016, así mismo la cobertura oncológica del Fondo Intangible Solidario de Salud más el SIS aumentó de 38.40% a 70.20%.

AÑO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (Ene-Set)
SIS Cobertura Básica				SIS y/o FISSAL Cobertura Total				
SIS (FISSAL + SIS)	17.20%	23.10%	31.40%	38.40%	63.70%	64.31%	65.87%	70.20%
HOSPITAL + SOCIAL (Gasto de Bolsillo + Fondo Ayuda INEN)	58.10%	51.70%	42.70%	34.00%	8.20%	7.33%	6.67%	6.10%
Total	75.30%	74.80%	74.10%	72.40%	71.90%	71.64%	72.54 %	76.30%

El gasto de bolsillo de la población en condición de pobreza beneficiaria del Plan Esperanza, ha disminuido de 58.1 % en el año 2009 a 6.10% en el año 2016 (Enero – Setiembre) y la cobertura oncológica gratuita por el SIS se ha incrementado de 17.2% el año 2009 a 70.20 % el año 2016 (Enero- Setiembre)

Fuente: Oficina de Informática - INEN

Figura 13. Atención del total de pacientes en el INEN 2009 a 2016 (Enero – setiembre).

Fuente: Principales resultados del INEN para la prevención y el control del cáncer en el marco del plan esperanza.

Así mismo el 9 de octubre del 2016 se publicó la Ley 30506, que dio facultades al poder ejecutivo para legislar en materia de reactivación económica y formalización, seguridad ciudadana, lucha contra la corrupción, agua y saneamiento y reorganización de Petroperú S.A y posteriormente el mediante las facultades delegadas según la ley 30545, el 30 de diciembre del 2016 se emitió el Decreto Legislativo 1305, Decreto que optimizó el funcionamiento y los servicios del sector salud, y al respecto precisó en su artículo 3 que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas se incorporaba al Ministerio de Salud como órgano desconcentrado.

Añadido a ello el 5 de marzo 2017 se publicó el Decreto Supremo 08-2017-SA, que aprobó el ROF del Ministerio de Salud y consideró en unos de sus literales del artículo 126 al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, y se incorporó al Ministerio de Salud como órgano desconcentrado, de igual manera que los otros cinco institutos como son Instituto Materno Perinatal, Instituto de Ciencias Neurológicas, Instituto de Salud del Niño, Instituto de Oftalmología, Instituto de

Rehabilitación, siendo así seis institutos que son órganos desconcentrados del Ministerio de Salud.

Posteriormente mediante la publicación de la Ley 30545 del 11 de marzo del 2017, se derogó el Decreto Legislativo 1305 y se restituyó la condición al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de un organismo público Ejecutor.

Así mismo el 24 de abril del 2017 se publicó la correspondiente modificatoria del ROF del Ministerio de Salud mediante el Decreto Supremo 011 - 2017-SA, en el cual se consideró al Instituto como un Organismo Público Adscrito al Ministerio de Salud, sumándose con esta modificatoria como un cuarto organismo público adscrito además del Instituto Nacional de Salud, Superintendencia Nacional de Salud y el Seguro Integral de Salud

No se consideró el fortalecimiento para mejorar la situación de enfermedades neoplásicas, más aun cuando se ha asumido alcanzar las metas de la Agenda del Desarrollo Sostenible al 2030, el Perú tiene un compromiso para ser parte en los países de la OCDE. En el plan esperanza se priorizo el centralismo, falta cumplir con los objetivos, la descentralización efectiva para lograr el cumplimiento de metas, falto articular al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas con los 8 mil establecimientos del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, falto la detección precoz y el tratamiento temprano, mecanismos de fortalecimiento del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

De acuerdo a los datos del reporte informativo 2013 -2014 del Ministerio de Salud titulado Avances de la reforma de la salud, en el año 2013 se presentó que la segunda causa de mortalidad en el Perú era la incidencia de cáncer en el Perú, identificándose que por cada región la existencia de cáncer era diferente, así en la costa habían mayores casos de cáncer de cuello uterino, mama y estómago. En la sierra en las regiones más pobres predominaba el cáncer de estómago y en el resto el cáncer de cuello uterino. En la selva predominaban más casos de cáncer de cuello uterino.

Según los datos del portal de opinión titulado el montonero, publicó que la meta para el 2015 en mamografías fue de 23% y sólo se realizó el 0.3%. Así mismo un grave problema fue el abandono del tratamiento de quimioterapia debido a que más del 50 % de pacientes eran de provincia. Así mismo es importante señalar que se gastó al año 2017 más de 750 millones de soles para el logro de los objetivos del Plan Esperanza desde el 2012

La tercera medida fue fortalecer los establecimientos de salud públicos con infraestructura, equipamiento y ambulancias.

De acuerdo al análisis documental se aprobó el Decreto Legislativo 1155, en el año 2013, dicho decreto dictó las medidas destinada a mejorar la calidad del servicio y declaró de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional (Anexo 36.), así mismo 26 de marzo del año 2015 se aprobó el Decreto Supremo 04 -2015-SA, que aprobó el Reglamento del Observatorio Nacional de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud (Anexo 37), a que se refiere el artículo 6° del Decreto Legislativo 1155 y creó la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente del Observatorio Nacional de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud.

En el año 2013 se aprobó la política sectorial de inversiones mediante el Decreto Legislativo 1157 (Anexo 38), y tres años después en el año 2016 se aprobó el Decreto Supremo 024-2016- SA, que aprobó la Modernización de la Gestión de la Inversión Pública en Salud (Anexo 39). Estos documentos normativos fueron el marco para el desarrollo de las inversiones, con estas normas el Ministerio de Salud tuvo la intención de impulsar la modernización del proceso de inversiones en salud.

En la reforma de la salud el Ministerio de Salud estableció como prioridad ampliar la capacidad resolutive de 748 establecimientos de salud denominados como estratégicos, estos establecimientos tendrían la capacidad de cubrir hasta el 85% de la necesidad de atención en los centros de salud u hospitales del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales.

Según los datos del reporte informativo 2013 -2014 del Ministerio de Salud titulado Avances de la reforma de la salud, considerando la Política nacional de hospitales Seguros frente a desastres en el año 2013, en 14 hospitales nacionales se mejoró la seguridad funcional, se implementó centros de operaciones de emergencias y se conformaron brigadas hospitalarias. En el año 2013 se iniciaron las siguientes inversiones en hospitales e institutos:

Se inició la construcción del nuevo Hospital de Emergencias Lima Este – Ate Vitarte, con el cual se proyectó beneficiar a 565,515 habitantes. La inversión total que se proyectó fue de S/.159'384,974. Se inició la obra el 26 de abril del 2013 y tuvo un plazo máximo de ejecución de 720 días calendarios.

Se inició la construcción del nuevo centro materno-infantil de Comas Laura Rodríguez Dulanto Duksil, con una inversión de US\$2'500,000.00, financiada por la Agencia de Cooperación Internacional de Corea (KOICA), se proyectó que dicho centro atendería aproximadamente a 26,220 personas.

El Centro de Salud San Martín de Porres (Centro de Salud Perú 3ra Zona) se inauguró en junio del año 2013, contó con una inversión de S/.42,000 financiados por el MINSA, y de US\$ 100,000 por la Fundación Aurora INC Sucursal del Perú, para atender a una población de 80,000 habitantes de los asentamientos humanos Húsares de Junín, el Establo y Condevilla.

Hospital Regional de Cañete con nivel de complejidad (II-2), se entregó la primera etapa en agosto del 2013, con lo cual se cumplió el plazo de ejecución de 270 días, tuvo una inversión total de S/.143'192,408, y se proyectó que beneficiaría a 250,000 habitantes de las provincias de Cañete y Yauyos.

El Nuevo Hospital de emergencias en Villa El Salvador, se continuó la ejecución del proyecto y equipamiento durante el año 2013, para el cual se proyectó una inversión total de S/.199'650,046, y se consideró que beneficiaría a 603,354 habitantes.

El Nuevo local del Instituto Nacional de Rehabilitación, en el año 2013 se inició la construcción y equipamiento de la segunda etapa del nuevo local del Instituto Nacional de Rehabilitación Dra. Adriana Rebaza Flores, para el cual se proyectó una inversión de S/. 131'606,306, la cual fue financiada por los gobiernos de Japón y de Perú.

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue, se consideró realizar una nueva infraestructura y equipamiento, para lo cual se proyectó una inversión de S/.4'827,361.00. También se realizó la mejora de la capacidad resolutive del diagnóstico por Imágenes, con una inversión de S/.5'883,376.

En el Hospital Nacional Dos de Mayo, se inauguró la sala de hospitalización de neumología (Cenex), se tuvo una inversión de S/.5'886,757, este hospital tuvo la característica de tener 12 ambientes de aislamiento para pacientes que padecen de tuberculosis multidrogorresistente, los cuales cumplen con los estándares universales.

Mejoramiento de los servicios del Centro de Salud San Cosme, con una inversión de S/.7'800,000, que benefició a cerca de 322,000 habitantes de la jurisdicción de San Cosme y es parte de la alianza multisectorial contra la tuberculosis con la Municipalidad de la Victoria. En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), se adquirió nuevos equipos de última tecnología, valorizados en casi S/.6 millones, para mejorar la atención materna y neonatal. Se invirtió en los hospitales regionales de Ica, Santa María del Socorro y el Hospital Materno Infantil San Juan de Dios. El Instituto Nacional de Salud del Niño en San Borja, comenzó a funcionar el 24 de junio de 2013.

Según la publicación Avances de la reforma del sector salud, reportó que se realizó la ejecución los proyectos de inversión para el fortalecimiento de infraestructura y equipamiento, estos proyectos fueron: 1 Instituto Nacional (Instituto Nacional de Rehabilitación), 4 Hospitales de Lima (Villa el Salvador, Ate Vitarte, Dos de Mayo y Cañete), 10 hospitales regionales (en Ayacucho, Cuzco, Junín, San Martín, Apurímac, Huánuco y Cerro de Pasco) y 20 Establecimientos estratégicos (en Amazonas, Ancash, Ica, Piura, Junín, Puno, San Martín, Loreto,

Moquegua, Cajamarca, Pasco y Lima). También para esa misma fecha se concretó la adquisición de 291 ambulancias, de ellas 248 fueron consignadas a la red pública, 34 para el SAMU y 9 ambulancias acuáticas para la región Loreto.

Así mismo se realizó inversiones para avanzar en la modernización de servicio tales como:

Se implementó el registro en línea del nacido vivo, para lo cual se articuló con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, y se desarrolló un aplicativo web para que los establecimientos de salud registren a los recién nacidos en la sala de parto y generen el certificado de nacimiento. El registro en línea de los recién nacidos significó uno de los logros evidentes de las medidas de la reforma de salud, ya que con ello se pudo impedir la eventualidad de falsificaciones en el certificado de nacimiento y disminuir el margen de error en el registro de los datos al momento del llenado del certificado.

Se inició la implementación del aplicativo del Sistema de registro de citas médicas en línea, con lo cual se pudo iniciar a obtener las citas médicas en líneas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Instituto Nacional Materno Perinatal y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, la reforma planteó que esta implementación sería progresiva en el resto de hospitales e institutos en las regiones y Lima. Mediante la implementación de este sistema los pacientes que tenían historia clínica en los hospitales e institutos mencionados pudieron programar sus citas médicas y elegir al médico, cabe precisar que esta programación se hizo de forma gratuita.

El avance en la implementación de esta medida significó para los pacientes una forma rápida de obtener la cita, con lo cual el Ministerio de Salud buscaba disminuir las colas en los establecimientos, cumplir con la atención de los pacientes en la demanda diaria y con ello mejorar la calidad de atención. Al respecto lo evidente fue que no bastó con iniciar el avance en la implementación de estas medidas en un hospital y dos institutos nacionales del total, al terminó de estos cinco años lo evidente es que el problema de las largas colas sigue siendo uno de los principales problemas sin resolver, una de las causas por el

cual persisten se puede atribuir a que no se logró implementar a nivel nacional el aplicativo del sistema de registro de citas médicas en línea, los motivos se deducen que fueron presupuestales, insuficiente capacidad para la instalación a nivel nacional y los cambios continuos en las prioridades de líneas de gestión ministeriales asumidas en luego de la dación de la reforma de salud las cuales fueron dos durante el gobierno del Presidente Humala desde el año 2013 al mes de julio del año 2016 y dos durante el gobierno del Presidente de Pedro Pablo Kuczynski desde agosto del 2016 hasta diciembre 2017, siendo el último cambio de gestión ministerial a mediados de setiembre 2017.

La implementación inicial del sistema electrónico de información en salud llamado HIS Hospitalario en el Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, este sistema brindó al personal profesional tener acceso a la historia clínica del paciente. Y se consideró que permitiría también intercambiar la información entre los establecimientos de salud públicos y los establecimientos de salud de apoyo.

Como uno de los avances de la reforma de salud, la implementación del sistema electrónico de información en salud en el Instituto Nacional del Niño-San Borja fue una buena alternativa que representó el uso cero en papel, permitió tener acceso oportuno en línea a la historia clínica del paciente, con ello se pretendió brindar una mejor atención al paciente, el punto es, que el avance fue mínimo ya que solo se llegó a implementar en un solo instituto de Lima y no llegó al nivel regional, uno de los motivos de este mínimo avance se deduce que estaba relacionado a temas presupuestales y capacidad técnica para su implementación a nivel nacional, además debido también a los cambios en las gestiones ministeriales, las cuales orientaron sus prioridades de gestión según su criterio.

En el año 2013 se logró realizar la interconexión del Hospital Amazónico Yarinacocha, de Ucayali y se emprendieron los trabajos necesarios de campo para realizar la interconexión de los servicios de teleconsulta y telediagnóstico en salud materno-perinatal en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco y en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Amazonas.

En relación a las inversiones en transferencia tecnológica se invirtió en la producción de vacunas, de medicamentos, el kit Tariki para el diagnóstico de dengue y fiebre amarilla. En lo relacionado a la producción de las vacunas se firmaron convenios con el laboratorio Sanofi Pasteur de Francia y con la República de Cuba para la fabricación de vacunas, para recibir asistencia técnica, y para la transferencia inversa a fin lograr producir la vacuna contra la fiebre amarilla, que consistió en el empaqueo de vacunas considerando los estándares de la OMS; en cuanto a la producción de medicamentos, se firmó el convenio con la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil, dicha fundación llegó al Instituto Nacional de Salud y además de dar puntos técnicos, revisó el ajuste a la normatividad del registro sanitario, así como la forma como introducir nuevos medicamentos, se hizo el Kit Tariki diseñado para el diagnóstico de dengue y fiebre amarilla, con antígenos de los virus circulantes en el país, que implicó menores costos, además el Instituto Nacional de Salud amplió la producción y la distribución a los laboratorios de los departamentos del Perú, el reporte resaltó que el Kit fue único en el mundo ya que no existe otro para diagnóstico de fiebre amarilla.

Así mismo los laboratorios del Instituto Nacional de Salud fueron certificados a nivel internacional como centros de referencia en las Américas para realizar la evaluación de calidad del diagnóstico microscopio para la malaria y como laboratorio de referencia de la región andina para el diagnóstico microbiológico de la enfermedad de Carrión, entre otras.

Así también se invirtió en la modernización de la dirección general de salud ambiental, la cual en el 2013 fue reconocida por el proyecto Facilitando Comercio, como una de las mejores de las ochenta mejoras de competitividad y formalización.

Se aprobó el D.S 032-2017- SA, el 22 de noviembre del 2017, mediante la cual se modificó el Decreto Supremo 035-2014-SA, que creó el programa nacional de inversiones en salud (Anexo 40).

El Plan Estratégico sectorial Multianual 2016-2021, consideró en el objetivo estratégico dos ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población, como una segunda acción estratégica expandir la oferta de servicios de salud, que involucro el fortalecimiento del planeamiento multianual de inversiones, consolidar el planeamiento en los establecimientos estratégicos de los comités regionales intergubernamentales de inversiones; así como continuar con el plan de inversiones que se acordó entre el Ministerio de Salud, los gobiernos regionales, que también incluyeron las Asociaciones Público-Privadas y las obras por impuestos.

Respecto a la tercera medida sobre inversiones no llegaron a cumplir con los objetivos planteados, quedaron 9 hospitales nacionales en proceso al año 2016 de 11 programados, así mismo quedaron 24 hospitales regionales en proceso, 4 por culminar y de un total de 34 programados para ese mismo año, y a nivel de provincias quedaron 120 en proceso, 7 por culminar de un total de 148. Así también faltó programar el equipamiento y recurso para poner en operación los hospitales cuando se concluyan. Faltó que la construcción de los hospitales sean suficientes para cubrir la demanda en salud de la población, que sean más efectivos en la culminación de proyectos, faltó que los decretos legislativos 1155 y 1157 no centralizaran las funciones de inversión en el Ministerio de Salud, ya que les recortó funciones que venían desarrollando los gobiernos regionales y gobiernos locales en las asociaciones Público Privadas y en la ley de obras por impuestos, faltó regular el modelo de inversiones.

Según el informe de la Contraloría General de la Republica a Julio 2016, el Perú contaba con 7,810 establecimientos de salud con financiamiento público pertenecientes al primer nivel de atención a cargo de Gobiernos Regionales y el Instituto Gestión de Servicios de Salud, de ellos se tomó una muestra del 20% de establecimientos la cual reportó que los establecimientos del 1° nivel de atención era precaria, así el 44% no cuentan con servicios básicos, 35% no cuentan con unidades asistenciales, el 79% carecen de equipamiento y el 36% cuentan con equipamiento inoperativo

Al finalizar el gobierno en el que se dio la reforma de salud la Inversión informada fue de S/ 7,038 millones, 438 proyectos 168 culminados 33 por culminar 260 “en marcha”

De acuerdo a la exposición de la Ministra de Salud para sustentar el presupuesto para el año 2017 se requerirán al menos S/ 19,030.63 millones para los proyectos que se encuentran en la fase de pre inversión e inversión, existían proyectos de infraestructura iniciados por gobiernos regionales y locales no fueron informados al Ministerio de Salud. Adicionalmente se estimó que se requería de al menos S/ 2,888 millones para la puesta en operación y mantenimiento de los 293 proyectos de inversión, atender los problemas por carencia de suficientes recursos humanos.

La cuarta medida fue acercar a la gente a las intervenciones y a los servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación mediante el establecimiento de redes integradas de atención primaria de la salud, poniendo el sistema de salud al alcance de la población, esta medida buscó articular intervenciones con los actores que influyeron en la situación de salud y acercar la oferta pública del territorio a la población, incluyendo la atención médica especializada en las redes, se pretendió descongestionar los hospitales de alta complejidad, identificando que existía la ausencia de un nivel intermedio que contara con capacidad resolutive, para lo cual se planteó establecer hospitales estratégicos que se constituirían en los ejes de las redes. Así también en la concepción de las redes se propuso que tuvieran una gerencia especializada, la cual rendiría cuentas al comité directivo, el cual contaría con un representante de los ciudadanos y de las autoridades.

De acuerdo al análisis documental se aprobó el Decreto Legislativo 1166 el 7 de diciembre del año 2013, que dio el marco normativo para la conformación y funcionamiento de las redes integradas de atención primaria de la salud, cabe precisar que dicho decreto legislativo no llegó a reglamentarse hasta el año 2017.

En el marco de las facultades conferidas al Poder Ejecutivo mediante la Ley 30506, el 30 de diciembre del 2016 se publicó el decreto legislativo 1305,

que buscaba optimizar el funcionamiento y los servicios de salud, mediante este decreto se derogó al Decreto legislativo 1166, que creó a las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Con el Decreto Legislativo 1305, se pretendió que el Ministerio de Salud estableciera los mecanismos de la relación funcional entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y sus redes (centros y puestos), así también que estableciera el alcance, conformación e instrumentos necesarios. Por el contenido del artículo se podría entender que se refiere al primer nivel de atención y su articulación con la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Posteriormente el 11 de marzo del 2017 mediante la publicación de la Ley 30545, se derogó el decreto legislativo 1305, con lo cual se restituyó el Decreto legislativo que creó a las Redes Integradas de Servicios de Salud.

El Plan Estratégico sectorial Multianual 2016-2021, consideró en su segundo objetivo estratégico de ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población, como una tercera acción estratégica expandir la oferta de servicios de salud modernizar la gestión de los servicios de salud, que involucró la Implementar Redes Integradas de Atención Primaria de Salud, así como la Implementación del programa de modernización hospitalaria en los nuevos hospitales y el fortalecimiento de los órganos de conducción de los hospitales y redes.

Falto en relación a la cuarta medida, aprobar el reglamento del Decreto Legislativo 1166, no se llegó a poner en operación a las redes integradas de servicios de salud, lo cual generó que el sistema de salud continúe fragmentado y sin coordinación para la complementariedad de los servicios de salud, no se definieron los arreglos normativos y administrativos para poner en operación a las redes integradas de salud, que consideraran las particularidades existentes en cada departamento del país, ya que en varios departamentos del país en el primer quinquenio de la reforma ya existían redes de salud funcionando, las cuales eran ejecutoras, por consiguiente administraban su propio presupuesto y el hecho de implementar en esos departamentos nuevas redes integradas de

salud en el marco del Decreto Legislativo 1166, implicaba tener el marco normativo que anulara a las redes existentes.

Una quinta medida para el pilar 2 fue la revalorización del trabajador público de salud, que fue reconocido como el actor fundamental del proceso de reforma. El Ministerio de Salud dirigió sus actividades a los problemas de gestión y desarrollo de capacidades de los recursos humanos.

De acuerdo al análisis documental se aprobó el Decreto Legislativo 1153, el 13 de setiembre del año 2013, con el cual se aprobó la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado (Anexo 41), para implementarlo se conformó una comisión multisectorial que fue presidida por el Ministerio de Salud. La finalidad de este decreto fue brindar servicios de calidad al ciudadano, además sirvió para generar el desarrollo del personal de salud que prestaba servicios en los establecimientos de salud, y que se encontraron en los alcances de este decreto; el personal de estuvo comprendido en este decreto fueron los médicos cirujanos, enfermeros, obstetras, cirujanos dentistas, profesionales químicos farmacéuticos, psicólogos, biólogos, nutricionistas, asistentes sociales, tecnólogos médicos, ingenieros sanitarios también estuvo dirigido al personal técnico y auxiliar asistencial que realizaba servicios de obstetricia, enfermería, laboratorio, nutrición, odontología, farmacia, medicina física, rayos X y rehabilitación, así mismo para el profesional del Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud y los profesionales que desarrollaban la segunda especialidad en medicina humana y odontología.

En la reforma de salud se implementó una nueva política remunerativa, se asignó 1,500 millones de soles al año 2013, 1200 millones al año 2015 y 2,350 millones de nuevos soles al año 2016, lo cual permitió implementar la reforma remunerativa, cabe agregar que se cumplió la meta planteada en la reforma al año 2015.

Se unificó los ingresos base e incentivos que percibían los médicos en Lima y regiones, ordenando el sueldo de los médicos y profesionales, con la orientación de generar equidad en Lima y regiones.

Se buscaron algunos consensos para algunos temas como el acta firmada en agosto del 2013 con la Federación Médica que estableció las bases y lineamientos de la reforma remunerativa en favor de los profesionales de la salud. En la figura 14 se presenta la comparación de la remuneración del personal médico antes y después de la reforma de salud, así se aumentó en S/. 1,500.00 y con el incremento subió a S/.4568 como sueldo inicial.

Básico			
GRUPO OCUPACIONAL	NIVEL DE CARRERA	ANTES	AHORA
MÉDICO CIRUJANO	V	3,749.84	5,330.00
	IV	3,578.86	5,119.00
	III	3,409.04	4,909.00
	II	3,237.63	4,738.00
	I	3,068.03	4,568.00

Figura 14. Ingreso básico – remuneración del grupo ocupacional médico.

Fuente: Boletín informativo n°2 agosto 2014, Reforma es más salud.

Se implementó compensaciones económicas para el personal de salud que trabajaba en las zonas de emergencia, zonas alejadas o zonas de frontera, de atención primaria en salud y atención en servicios críticos, se encargó de la problemática en la gestión de los recursos humanos, así como el desarrollo de capacidades durante el año 2013, según el reporte Avances de la reforma de la salud.

Se publicó el Decreto Supremo 223-2013-EF, el 19 de octubre del año 2013, que aprobó los montos de la valorización principal y priorizada por atención primaria de salud, atención especializada y la bonificación por guardias hospitalarias para los profesionales de la salud. (Anexo 42)

Se publicó el Decreto Supremo 011-2013-SA, que aprobó los perfiles para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud, atención especializada para los profesionales de la Salud (Anexo 43), y también se publicó el Decreto Supremo 013-2013-SA, el 21 de octubre del mismo año, que aprobó el perfil para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud para el personal de salud técnico y auxiliar asistencial. (Anexo 44).

Se publicó el Decreto Supremo 005-2014-SA, el 30 de marzo del 2014 que aprobó las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir para recibir la entrega económica por desempeño. (Anexo 45).

Se planteó que los servidores de salud accedieran a un bono si cumplían metas sanitarias, para lo cual en el año 2014 se destinó una partida de s/. 100 millones adicionales y S/. 70 millones para la ampliación del horario en los hospitales. Así mismo a fines del primer semestre 2014 se realizó la suscripción de acuerdos de gestión con hospitales, institutos especializados y redes de salud de Lima Metropolitana. Se consideró que podrían beneficiarse con un sueldo adicional aproximadamente 120,000 servidores de salud de todo el país y 50,000 en Lima si cumplían con metas sanitarias de atención de infecciones intrahospitalarias, índices de anemia y desnutrición crónica; metas de calidad de atención relacionadas a tiempo de espera de los pacientes, número de usuarios bien atendidos por hora y grado de satisfacción de los pacientes y metas de gestión como evaluar el buen registro de recursos humanos, entre otros indicadores.

En la figura 15 se presenta las bonificaciones que se dieron en la reforma desde el año 2015. Así la política remunerativa de la reforma incrementó la remuneración principal a 4,568 nuevos soles, si se le adicionaba bonificaciones de por Atención Primaria de la Salud era de 5,218 nuevos soles, más bonificación por zona de emergencia era de 6,418 nuevos soles más bonificación por zona Alejada de Frontera era de 7,898 nuevos soles y más bono de desempeño llegaba a ser de 8,278 nuevos soles. Cabe precisar que la composición de la

remuneración tuvo componentes fijos y variables; los fijos que se usaron para el cálculo de las guardias, pensiones y entre otros beneficios. En tanto las variables correspondieron a bonificaciones por trabajo en zonas de emergencia o alejadas u otra.

Bonificaciones

CONCEPTOS	ÁMBITO DE APLICACIÓN	MONTO S/.			
		MEDICO	PROF. DE SALUD	TÉCNICO	AUXILIAR
1. Zona alejada o de frontera	I nivel seleccionado	1,480	1,100	740	740
2. Zona de emergencia	VRAEM	1,200	1,200	1,200	1,200
3. Atención primaria de salud	I nivel, del I-1 al I-4	450	300	150	150

CONCEPTOS	ÁMBITO DE APLICACIÓN	MONTO S/.			
		MEDICO	PROF. DE SALUD	TÉCNICO	AUXILIAR
4.a Atención especializada	Establecimientos estratégicos en regiones	650	300		
4.b Atención especializada	Hospitales e institutos especializados	400	200		
5. Atención en servicios críticos	II y III nivel	450	300	150	150

CONCEPTOS	ÁMBITO DE APLICACIÓN	VALORIZACIÓN PRELIMINAR PROFESIONAL DE LA SALUD	
6. Responsabilidad jefatural	II y III nivel, jefatura de departamento		800
	II y III nivel, jefatura de servicio		400
7. Responsabilidad jefatural	Nivel I, I-3 y I-4		400
8. Responsabilidad jefatural funcional	Microrredes		800
9. Responsabilidad jefatural funcional	Redes de salud		1,200

Figura 15. Bonificaciones – remuneración.

Fuente: Boletín informativo 2 agosto 2014, Reforma es más salud.

Se creó el registro nacional del personal de la salud con el Decreto Legislativo 1153, con el cual se tuvo información actualizada de los recursos humanos. Este registro es parte del Observatorio nacional de recursos humanos en salud del Perú e integra información de EsSalud, Asociaciones de facultades

de salud, colegios profesionales, SuSalud, Organización Panamericana de la Salud, Asociación de Clínicas Particulares del Perú, Ministerio del Interior y Ministerio de Defensa.

Falto en relación a la quinta medida falto aumentar más la escala salarial para que sirva como un mecanismo de retención del personal de salud, no se trabajó la política de incentivos como una forma de retención de los recursos humanos, no se abordó los temas de coordinaciones con las instituciones formadoras de los recursos humanos en salud, para mejorar la formación de los recursos humanos y que estén acorde a las necesidades del sistema de salud peruano.

De acuerdo al Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2010 – 2016, en la figura 16 se presenta la densidad de los recursos humanos en el año 2012 que era de 27,4 por 10,000 habitantes. La densidad de recursos humanos es la suma del número de médicos, enfermeras y obstetrices por 10,000 habitantes, y se clasifica en alta cuando es superior a 50, media cuando es de 25 a 50 y baja cuando es menor de 25. Así mismo se observa que la densidad en los departamentos del Perú era muy variable y esto generó brechas para atención de salud, más del 50% de los departamentos con la tasa estándar se encuentran en la costa. Los departamentos que presentaron mayores tasas fueron Callao (48.1), Apurímac (37,2) y Moquegua (35.5), mientras que las presentaron menores tasas fueron Loreto (14), Piura (15) y San Martín (15,5).

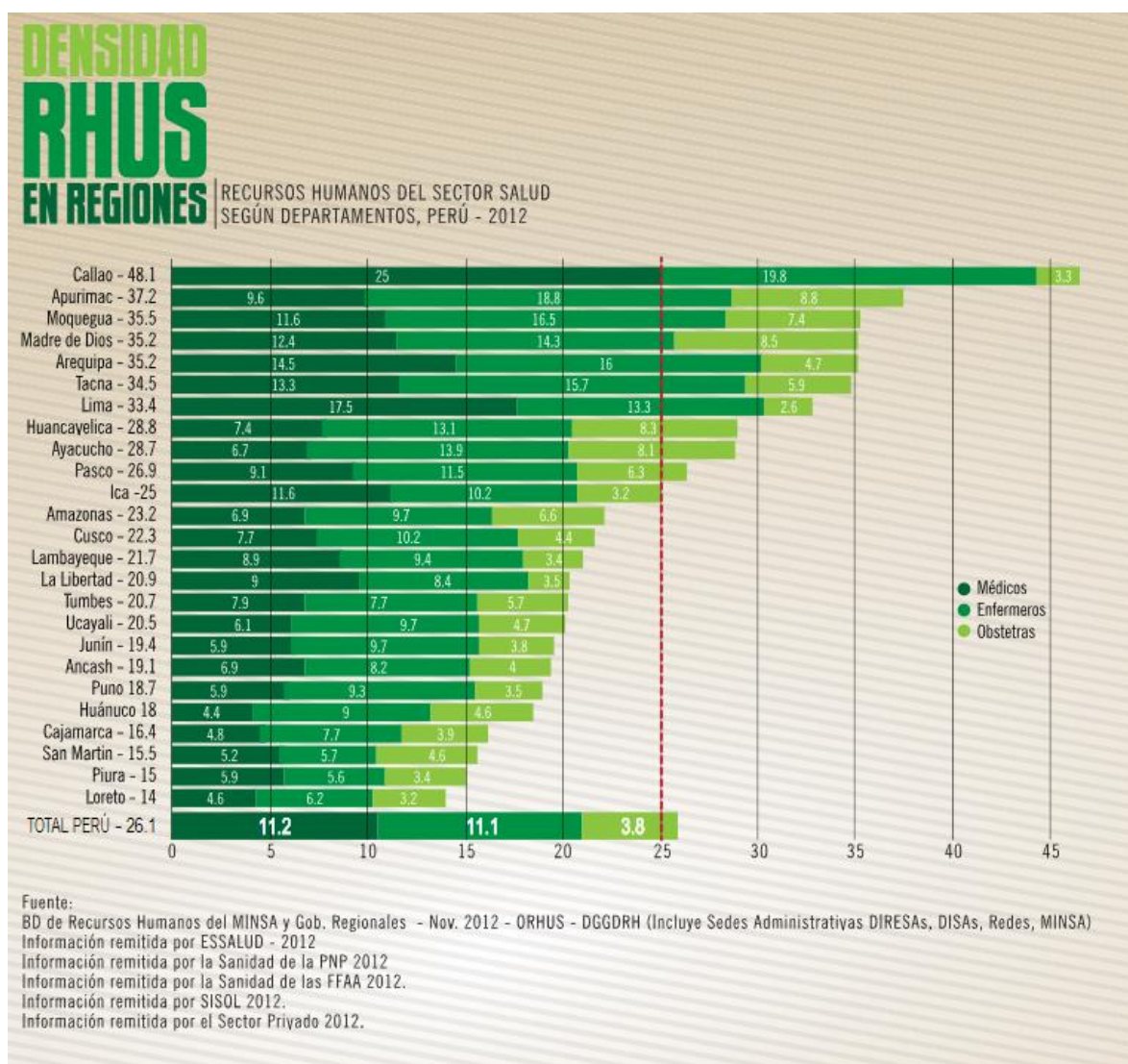
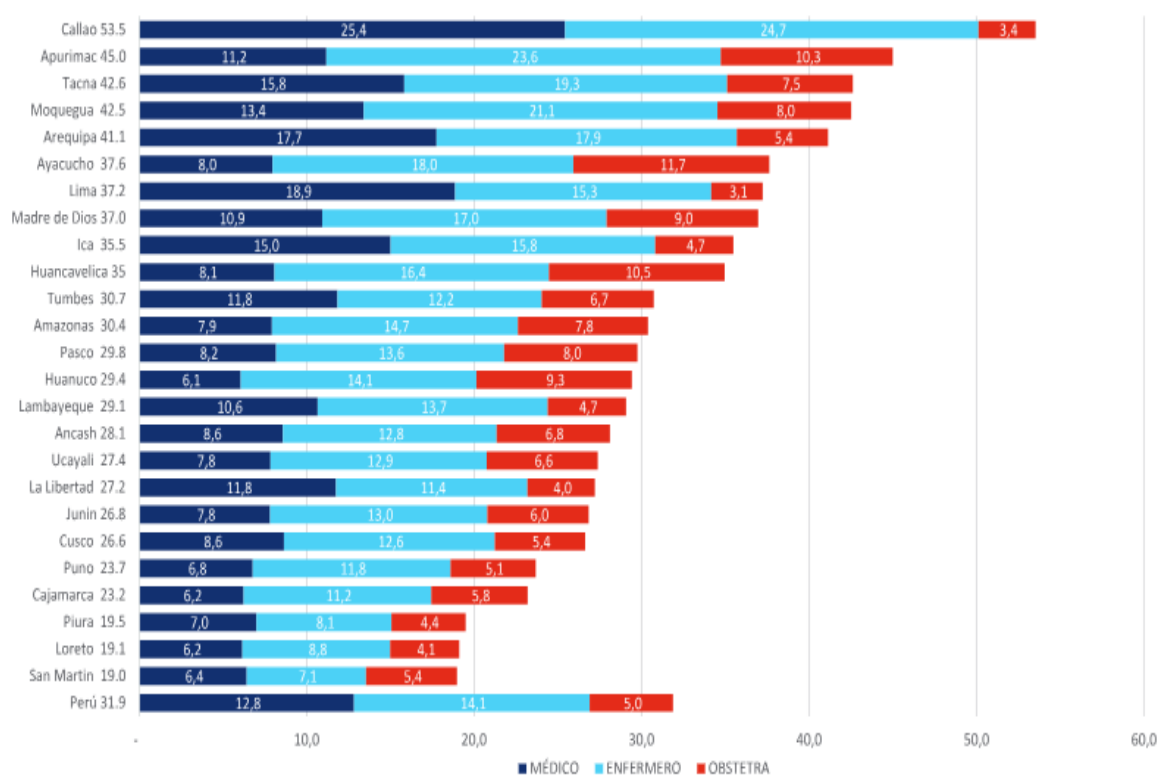


Figura 16. Densidad de recursos humanos en el sector salud, Perú 2012.

Fuente: Observatorio de recursos humanos 2012.

Así mismo de acuerdo a los datos del Observatorio de recursos humanos en salud en la figura 17 se presenta que al año 2017 la densidad fue de 31.9 por 10,000 habitantes, así mismo la distribución de la densidad por departamentos sigue siendo similar a la del año 2012, más del 50% de los departamentos de la costa están por encima del estándar siguen ubicados en la costa. Como el Callao, Apurímac y Tacna. También se observa que sigue existiendo una alta densidad de profesionales médicos concentrados en Lima (37.2) y Callao (53.5). El problema de recursos humanos además de la disponibilidad sigue siendo también la inadecuada distribución del personal a nivel de los departamentos.

**Nota:**

Densidad de Recursos Humanos en Salud es la razón de la suma de médicos, enfermeras y obstetras entre el número de habitantes de una determinada región, expresada por 10 000 habitantes

Fuente:

Base de Datos Nacional de Recursos Humanos del MINSA y Gobiernos Regionales: 2017

Información remitida por ESSALUD: 2017

Información remitida por la Sanidad de la PNP: 2016

Información remitida por la Sanidad de la Marina de Guerra del Perú: 2017

Información remitida por la Sanidad del Ejército del Perú: 2017

Información remitida por la Fuerza Aérea del Perú: 2017

Información remitida por Sistema Metropolitano de la Solidaridad: SISOL: 2012

Información remitida por el Instituto Nacional Penitenciario: INPE: 2017

Información remitida por el Ministerio Público: 2017

Información remitida por el Ministerio de Educación: MINEDU: 2016

Información remitida por el Sector Privado: 2012

Elaborado por: Observatorio de Recursos Humanos en Salud: DIGEP: MINSA

Figura 17. Densidad de recursos humanos en el sector salud, Perú 2017

Fuente: Registro nacional de personal de salud. Serie bibliográfica, información de recursos humanos en salud 24. Observatorio de recursos humanos en salud.

Así también de acuerdo al reporte del registro nacional de personal del año 2012 en la figura 18 se presenta que en el año 2012 se tenían 59,890 profesionales de la salud en el Ministerio de Salud y gobiernos regionales.

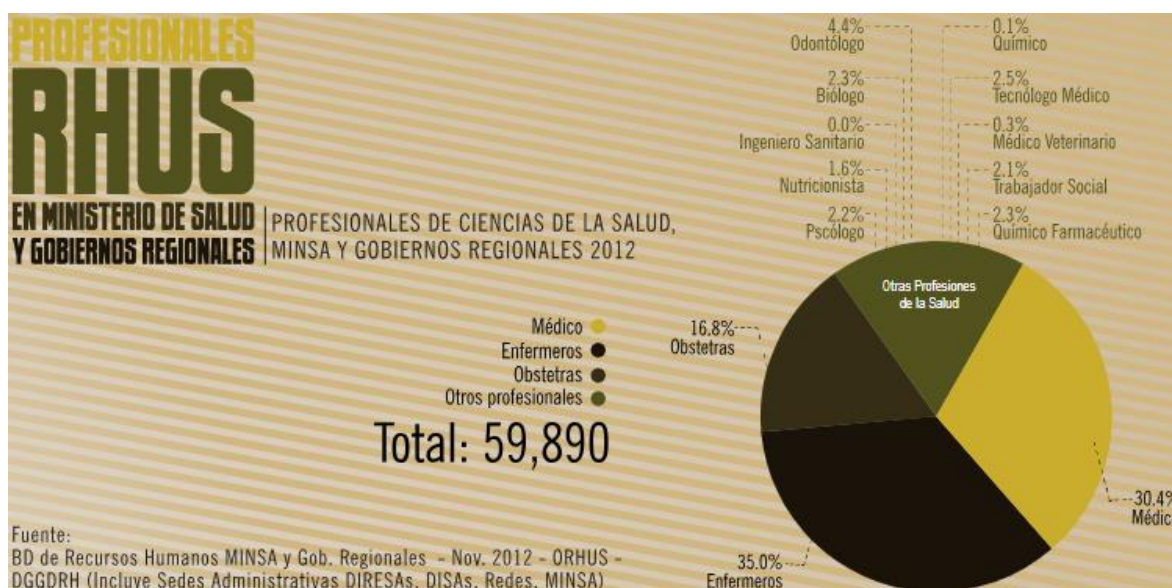


Figura 18. Profesionales de ciencias de la salud, Ministerio de Salud y gobiernos regionales 2012.

Fuente: Observatorio de recursos humanos 2012

Así mismo de acuerdo al reporte del registro nacional de personal. serie bibliográfica, Información de recursos humanos en salud 24, en la figura 19 se presenta que en el año 2017 existían 82,705 profesionales de la salud en el Ministerio de Salud y gobiernos regionales de ellos 23,226 eran médicos, 29,181, enfermeras, 14,169 obstetras y 16,129 correspondían a otros profesionales.

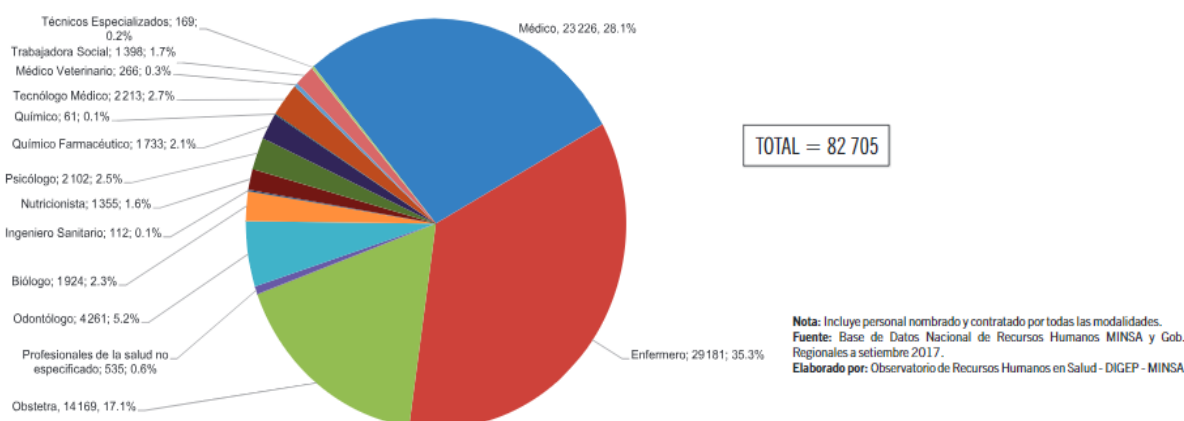


Figura 19. Profesionales de ciencias de la salud al servicio del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales 2017.

Fuente: Registro nacional de personal de salud. Serie bibliográfica, información de recursos humanos en salud 24. Observatorio de recursos humanos en salud.

De acuerdo a los datos del Observatorio de Recursos Humanos en las figuras 20 y 21, se presenta el número de médicos especialistas del Ministerio de Salud y gobiernos regionales de los años 2012 y 2017, en los cuales se observa un incremento de 41% a 47% en el año 2017.

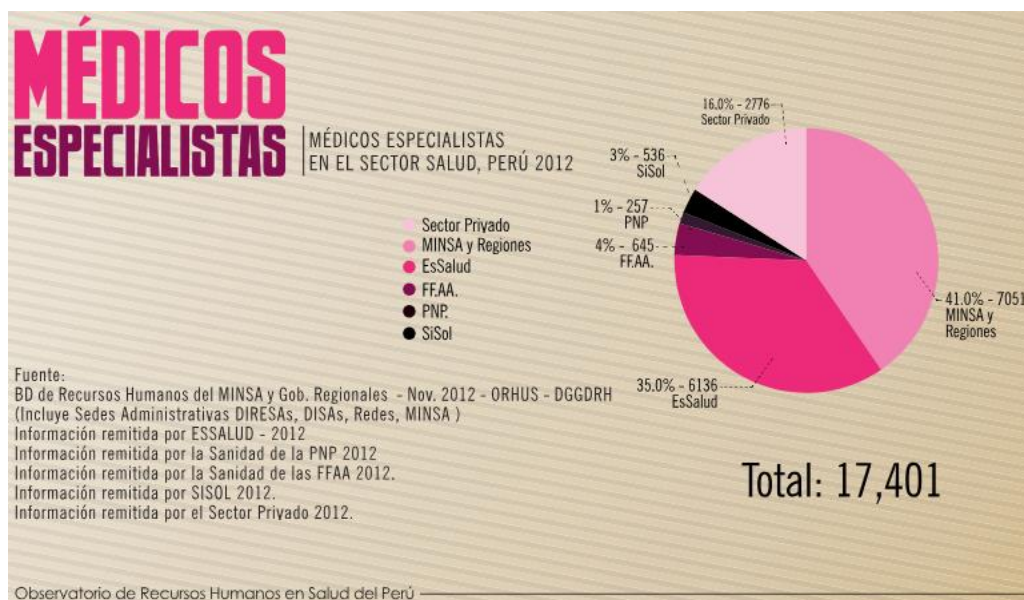


Figura 20. Médicos especialistas en el sector salud, Perú 2012.

Fuente: Observatorio de recursos humanos 2012.

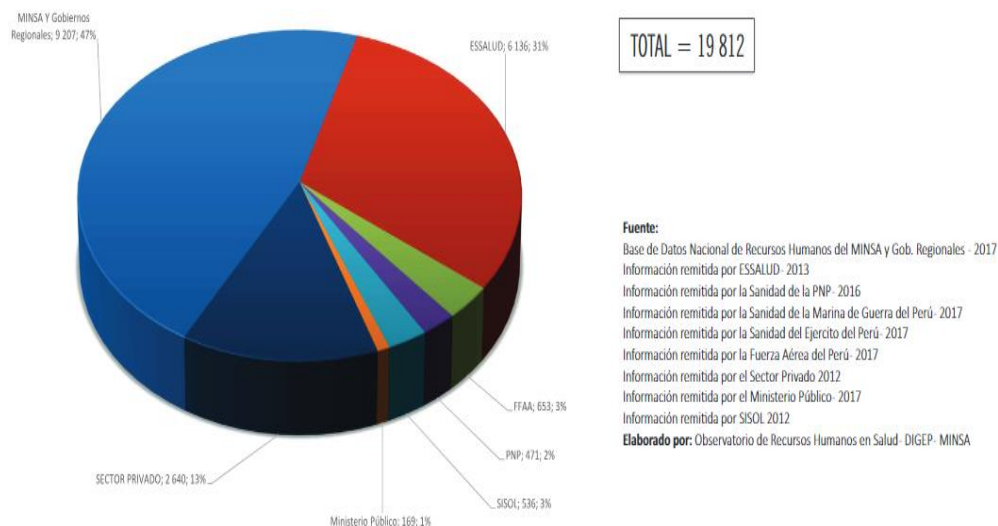


Figura 21. Médicos especialistas en el sector salud por instituciones, Perú 2017

Fuente: Registro nacional de personal de salud. Serie bibliográfica, Información de recursos humanos en salud 24. Observatorio de recursos humanos en salud.

En la figura 22 se observa el incremento de plazas remuneradas del servicio rural urbano marginal para Ministerio de Salud y gobiernos regionales de 6631 plazas en el año 2012 a 8018 plazas en el año 2017.

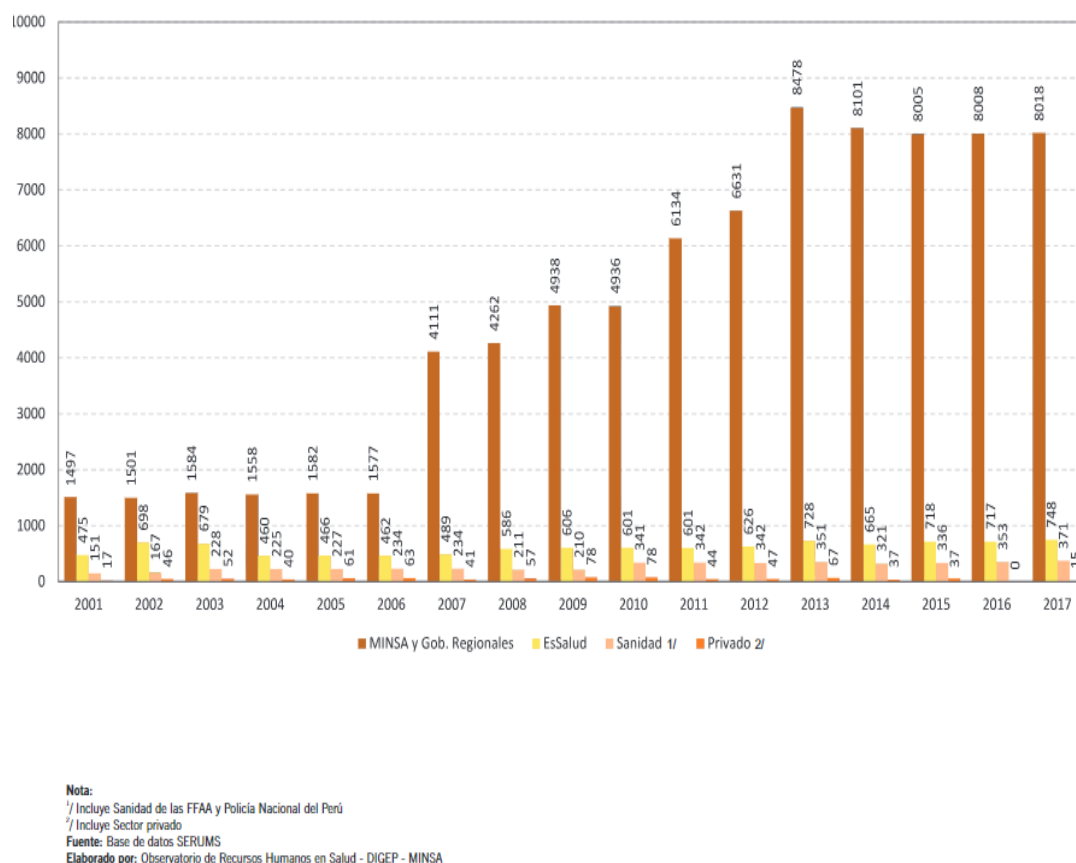


Figura 22. Evolución de la oferta de plazas remuneradas del programa SERUMS, según institución, Perú 2001 - 2017.

Fuente: Registro nacional de personal de salud. Serie bibliográfica, Información de recursos humanos en salud 24. Observatorio de recursos humanos en salud.

Así mismo cabe señalar que la brecha de recursos humanos en el año 2012 fue de 69,904 para el primer nivel de atención y al año 2017 la brecha de recursos humanos fue de 29,343 profesionales de salud en el Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales de los cuales 10,112 eran médicos, 8,244, enfermeras, 4,296 obstetras y 6,691 correspondían a otros profesionales.

La situación de los recursos humanos sigue siendo un tema pendiente por resolver persiste el problema de cobertura y de capacidad resolutive para la atención de salud en el primer nivel, básicamente debido a la escasez de Recursos Humanos en Salud adecuadamente calificados para brindar una atención de salud con calidad y pertinencia, Cabe agregar que a pesar del incremento de recursos humanos señalados en las fuentes oficiales aún persisten las grandes brechas de profesionales de la salud así como de médicos especialistas en todo el Perú, lo hace que los servicios de salud no tengan la capacidad de respuesta necesaria para atender a la población y más aun si se considera la norma de categorización vigente durante los años del presente estudio.

La sexta medida considero la ampliación de los horarios de atención en los hospitales para dar atención a la demanda insatisfecha, para lo cual se planteó realizar prestaciones complementarias que lo realizaría el mismo personal de la salud.

De acuerdo al análisis documental se dio el Decreto Legislativo 1154, el 12 de setiembre del año 2013, mediante el cual se autorizó los servicios complementarios en salud (Anexo 46). Con este decreto se buscó avanzar en el cierre de la brecha de la demanda y oferta de los servicios de salud.

Se publicó el Decreto Supremo 001-2014-SA, el 14 de marzo del año 2014, mediante el cual se aprobó el reglamento del Decreto Legislativo 1154, ampliando los horarios de atención. (Anexo 47).

Se implementó durante el año 2014 la ampliación del horario de atención para consultas externas, análisis, procedimientos y atenciones quirúrgicas, se destinó s/.70 millones para el pago de incentivos mediante el SIS, con lo cual se planteó pagar a los médicos y profesionales de la salud que voluntariamente realizaron turnos en horarios de la tarde entre las 2 y 8 de la noche, para lo cual se consideró el pago de s/. 42 soles por cada hora adicional, según la publicación del Ministerio de Salud titulada Avances de la reforma del sector salud, de junio del año 2014. Dicha ampliación de horarios se diseñó para todos los hospitales

de Lima, así varias regiones y en mayo del 2014 se inició la atención en horario ampliado en los hospitales Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Sergio Bernalles, Hipólito Unanue, Cayetano Heredia, Maria Auxiliadora, San Juan de Lurigancho y Vitarte.

Se modificó mediante el Decreto Supremo 036-2016-SA (Anexo 48), el Decreto Supremo 001-2014-SA que reglamentó el Decreto Legislativo 1154, con esta modificación se reguló las condiciones para realizar la prestación de servicios complementarios de los profesionales de la salud.

Se dio el Decreto Legislativo 1154, que autorizó los servicios complementarios en salud, se reglamentó dicho decreto, Se implementó durante el año 2014 la ampliación del horario de atención para consultas externas, análisis, procedimientos y atenciones quirúrgicas

No se hizo la adecuación de los horarios a las necesidades de salud de la población, no se consideró que con esta política de ampliar los horarios, el personal de salud tendría una jornada laboral mayor a la establecida, lo cual implicaría menos horas de descanso y vida familiar, no se consideró la contratación de personal adicional para cubrir la ampliación de los horarios. No se superó la restricción normativa que impedía la doble percepción de remuneración al personal del sector público

Según la opinión de la Ministra de Salud para sustentar el presupuesto 2017, considero que el primer nivel de atención se encontraba debilitado, sin capacidad resolutive y con horarios de atención limitados, añadido a ello el personal desmotivado por inequidad en incentivos, y condiciones de trabajo inadecuadas (Anexo 49)

La séptima medida del pilar 2 fue que las personas puedan acceder a los establecimientos cercanos de su lugar de residencia, sin considerar el tipo de seguro con el que cuenten (SIS, EsSalud u otra institución) y sin generar gasto de bolsillo, y evitando que las personas se desplacen a otras localidades, y con ello además se contribuirá al uso eficiente de los recursos existentes. Con esta

medida se trató de disminuir la fragmentación de la prestación de los servicios de salud e incrementar el uso de la capacidad instalada, considerando que era necesario superar la ineficiencia en el uso de la oferta

De acuerdo al análisis documental se aprobó el Decreto Legislativo 1159, el 6 de diciembre del 2013 que estableció las condiciones más generales para el intercambio prestacional entre las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento públicos e instituciones prestadoras de servicios de salud.

En el primer semestre del 2013, se estableció convenios facultativos de intercambio de servicios entre MINSA, EsSalud y el SIS en todas las regiones.

Se logró realizar 15,000 atenciones por intercambio prestacional en el año 2014 y se proyectó realizar 100,000 atenciones al año 2015.

Entre los años 2012 al 2015 se realizaron 52 mil atenciones de asegurados de EsSalud en establecimientos públicos y se realizaron más de 2 mil atenciones de baja complejidad prioritariamente de asegurados del SIS en EsSalud, estas atenciones fueron de mediana y alta complejidad, según los datos de la revista peruana de medicina experimental y salud pública.

Se publicó el Decreto Supremo 003-2016-SA, el 31 de enero del año 2016, que aprobó el reglamento del Decreto Legislativo 1159, que aprobó las disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público.

Se derogó el Decreto Legislativo 1159 el 29 de diciembre del año 2016, mediante la publicación del Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que optimizó el intercambio prestacional en salud en el sector público.

Se aprobó la Resolución Ministerial 902-2017, que aprobó el catálogo de codificación de los procedimientos médicos y de salud

Falto elaborar y publicar el reglamento del Decreto Legislativo 1302, fallo establecer los procedimientos de facturación y financiamiento entre Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, fallo superar limitaciones administrativas para la compra de servicios del sector privado por parte de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento públicas, fallo aprobar el catálogo de procedimientos médicos y sanitarios y su correspondiente codificación.

De acuerdo al artículo 22 de la Ley 29951 y del Decreto Supremo 005-2012-SA, se estableció las reglas para iniciar el Intercambio Prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el SIS y EsSalud, basado en la compra - venta de servicios de salud, con ello el Gobierno del Perú se orientó para superar las restricciones existentes del intercambio Prestacional.

El Decreto legislativo 1302 se dio para facilitar el intercambio con un solo acuerdo a nivel nacional para todo el sistema de salud público, con enfoque territorial y considerando el lugar de referencia.

Al finalizar el año 2017, no se pudo establecer el intercambio prestacional, debido a una serie de dificultades como son falta de estructura de costos para el pago de los servicios intercambiados, dificultades en el hacer efectivo el pago por los servicios intercambiados, trabas burocráticas.

La escasa coordinación, articulación entre los prestadores de salud existentes en el sistema de salud en el marco de la normatividad no hizo posible un efectivo intercambio prestacional.

La octava medida planteada fue mejorar el acceso a medicamentos genéricos complementando la dispensación en los establecimientos públicos, con esta medida se pretendió que los pacientes con enfermedades crónicas reciban medicamentos, la orientación sobre el uso y el almacenamiento, en las farmacias privadas que estuvieran cerca al domicilio. Se propuso también la acción de mejorar la gestión de la farmacia mediante la aplicación de un sello de calidad para las farmacias que considera mejorar y atender recetas adecuadas.

De acuerdo al análisis documental, se promulgó el Decreto Legislativo 1165, mediante el cual se estableció el mecanismo de las Farmacias inclusivas con la finalidad de mejorar el acceso a medicamentos esenciales de los afiliados al SIS.

Se planteó empezar a implementar las estrategias Farma SIS y Farmacias inclusivas, estas estrategias permitirían realizar contratos complementarios con la oferta pública, para la dispensación o expendio de algunos medicamentos esenciales, según la publicación titulada Avances de la Reforma del Sector Salud

Se buscó una forma para que los establecimientos farmacéuticos privados dispensarán medicamentos a los asegurados del SIS con enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión con la finalidad que continúen su tratamiento.

Se realizó el Contrato de Servicios 004-2014-SIS, el 19 de Octubre de 2014; con el cual se implementó el programa FarmaSIS (Anexo 50), se lanzó en nueve hospitales de Lima Metropolitana: Cayetano Heredia, Carlos Lanfranco (ex Puente Piedra), Arzobispo Loayza, María Auxiliadora, Dos de Mayo, Hipólito Unanue, San Juan de Lurigancho, Vitarte y Sergio Bernales. Así mismo en los hospitales del Callao: San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión. Se atendió en la estrategia FarmaSIS a 25,538 recetas en el año 2015.

No se logró garantizar el acceso a medicamentos, no se logró resolver la falta de medicamentos en los establecimientos de salud, no se abordó en la reforma los temas de almacenamiento, distribución y el sistema de gestión de calidad que deben cumplir procesos estándares para poder garantizar el acceso a los medicamentos, no se garantizó el financiamiento sostenido de la estrategia farmasis.

Según el informe 001-2016-CG/SALUD-OP, Julio 2016 de la Contraloría General de la República, en el primer nivel de atención el 47% tienen carencia de medicamentos (trazadores) y el 46% tienen sub stock de medicamentos prioritarios.

Según la exposición realizada por la Ministra de Salud para sustentar el presupuesto 2017 considero que el desabastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos se profundizó en los últimos años, debido a licitaciones que no se han realizado, ítems desiertos, compras directas a nivel local, deudas permanentes de los hospitales y deficiente gestión administrativa

El tercer pilar fue más protección de derechos y tuvo como objetivo la ampliación de la protección de derechos en salud a 30 millones de peruanos. Y sus medidas fueron dos

La primera medida planteada del pilar 3 fue la creación de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se convirtió en un organismo especializado en supervisión de los servicios de salud tanto públicos como privados. La labor de la Superintendencia Nacional de Salud era verificar el cumplimiento de estándares y normas técnicas para la provisión de los servicios públicos y privados, con ello se permitió la resolución de quejas y reclamos, prevención de ocurrencias de eventos adversos y de ser necesario también las sanciones respectivas. Para ello se planteó ampliar su ámbito y facultades a la Superintendencia.

De acuerdo al análisis documental se promulgó el Decreto Legislativo 1158 en el año 2013 mediante el cual se normó que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud y se dispuso las medidas para fortalecer a la Superintendencia Nacional de Salud que reemplazó a la SUNASA

Se aprobó el Decreto Supremo 08-2014-SA, que aprobó el reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

Se aprobó el Decreto Supremo 031-2014-SA, que aprobó el reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud, también se aprobó el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud y se constituyó la junta de usuarios.

Falto diseñar mejor los procedimientos que se realizan en la Superintendencia Nacional de Salud, así como el monitoreo y supervisión de los servicios y la atención que recibe el ciudadanos; la evidencia de la situación de los servicios de salud que cada vez son menos accesibles a los ciudadanos y cada vez resuelven menos las necesidades de salud ponen el evidencia que falta gestionar mejorar el cumplimiento de las funciones para lo cual fue diseñado.

De acuerdo al Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021, consideró en la segunda acción estratégica correspondiente al tercer objetivo estratégico (ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario), fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos, planteándose como indicador el tiempo de espera en consulta ambulatoria y se planteó reducir de 104 minutos en el año 2015 a 90 en el año 2017.

Los avances que desarrollo la Superintendencia Nacional de Salud al 2014 se presentan en la figura 23, así realizó 20,000 atenciones y orientaciones a consultas por las delegadas Superintendencia Nacional de Salud en hospitales y clínicas, 2,000 atenciones de quejas reclamos y denuncias, 350 controversias tramitadas en el centro de conciliación y Arbitraje, 10 actividades regionales de promoción de derechos y deberes en salud con Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y ciudadanos, 2 juntas de usuarios implementadas.

Pilar 3: Más protección de derechos en salud

Objetivo 3: Ampliación de la protección de derechos en salud a 30 millones de peruanos

Resultados	Avance 2014	Meta 2015
> Atención y orientación a consultas por las delegadas SUSALUD en hospitales y clínicas	> 20,000	> 200,000 en Lima > 30,000 en regiones
> Atención de quejas, reclamos y denuncias	> 2,000	> 10,000
> Controversias tramitadas en el Centro de Conciliación y Arbitraje	> 350	> 1,000
> Actividades regionales de promoción de derechos y deberes en salud con IAFAS, IPRESS y ciudadanos	> 10	> 60
> Juntas de usuarios implementadas	> 2	> 10

Figura 23. Pilar 3: Más protección de derechos en salud.

Fuente: Reporte informativo 2013 -2014, Avances de la reforma de salud

Se atendieron 19,731 reclamos, se realizaron 833 supervisiones a Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se implementó un programa de delegados en 32 establecimientos, al año 2015

Se instalaron juntas de usuarios en 7 regiones del país en el año 2015 que permanecieron funcionando durante el año 2016, según la memoria institucional de la Superintendencia Nacional de Salud

La segunda medida para el pilar 3 fue que la Superintendencia Nacional de Salud vigile la categorización de los establecimientos de salud, promueva y supervise el proceso de acreditación de los servicios de salud.

De acuerdo al análisis documental se dio el Decreto Legislativo 1158 (Anexo 51.), y la Resolución de Superintendencia 090- 2014-SUSALUD/S (Anexo 52), y al año 2016 se realizaron dos cursos de certificación de registradores de Instituciones prestadoras de servicios de salud, cuatro cursos

de certificadores de categorizadores generales, según los datos de la memoria anual del año 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Se emitió el Decreto Supremo 035-2017- SA, el 23 de diciembre 2017, que amplió el plazo para la categorización por un año más. (Anexo 53).

Faltó diseñar e implementar mejor los procedimientos para realizar la acreditación, así como generar las como las condiciones en los servicios de salud públicos para lograr categorizar y luego acreditar.

Se ha promulgado el Decreto Legislativo 1289 en el año 2017 que optimiza el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud y modificó el Decreto Legislativo 1158

El Decreto Legislativo 1158, generó polémica debido a la facultad que se le otorgó a Superintendencia Nacional de Salud para colocar estándares de funcionamiento de los establecimientos de salud públicos y privados, a través del proceso de categorización y acreditación.

La categorización establece el tipo de establecimiento según funciones, características y niveles de complejidad y permite agrupar establecimientos de salud por niveles de atención y la acreditación se denomina como la comparación del desempeño de los establecimientos de salud con los estándares, para una atención de la calidad.

EL Decreto legislativo 1289 retira al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en el Consejo Directivo de SuSalud y eliminó la función de aprobar la estructura, funcionamiento, distribución geográfica, conformación y el procedimiento para la designación y/o elección de los miembros de la Junta de Usuarios.

Se incorporó un nuevo artículo que precisó la aplicación de medidas de seguridad como la suspensión temporal, cierre temporal y otras que resulten pertinentes a los establecimientos de salud.

El cuarto pilar fue más rectoría y tuvo como objetivo el 22% de incremento en el presupuesto público en salud para el 2015, según se muestra en la figura 24. Y sus medidas fueron cinco

Pilar 4: Más rectoría Objetivo 1: 22% de incremento en el presupuesto público en salud para el 2015		
Resultados	Avance 2014	Meta 2015
> Fortalecimiento del ente rector	> Inicio de operaciones de dos viceministerios y de la reorganización de las estrategias sanitarias	> Alineamiento de la ejecución programática y presupuestal del sector público
> Implementación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud	> Aprobación del ROF e inicio de transferencia de hospitales	> Transferencia completa y reforzamiento del Sistema Nacional de Referencia y Contrareferencia y del SAMU
> Incremento del presupuesto público en salud	> S/. 11,200 millones (S/. 1,200 millones más)	> S/. 13,700 millones (S/. 2,500 millones más)
> Incremento del financiamiento del SIS	> S/. 1,400 millones (S/. 300 millones más)	> S/. 1,700 millones (S/. 300 millones más)

Figura 24. Pilar 4: Más rectoría.

Fuente: Reporte informativo 2013 -2014, Avances de la reforma de salud.

Respecto al objetivo el presupuesto del Ministerio de Salud en el año 2014 fue de S/.11,200 millones, la meta para el año 2015 fue de 13,700 millones, al respecto el jefe de estado del Gobierno del Partido Nacionalista del Perú, en el cual se dio la reforma de salud, ofreció incrementar el Presupuesto Público en Salud en 2.500 millones de nuevos soles por año. Al respecto el presupuesto en salud entre los años 2012 y el 2016 se incrementó en más de 2.5 veces.

La primera medida del cuarto pilar fue fortalecer la conducción nacional de las intervenciones de salud colectiva.

De acuerdo al análisis de la documentación se dio el Decreto Legislativo 1161, que aprobó la Ley Organización y Funciones (LOF) del Ministerio de Salud, se reglamentó mediante el Decreto Supremo 007 – 2016 – SA, estableciéndose las funciones exclusivas, compartidas y específicas del Ministerio de Salud. Se

creó un Viceministerio específico para Salud Pública, para que reorganice y contribuya a fortalecer las intervenciones, y así el Ministerio de Salud pueda potenciar su rectoría, así como la articulación intergubernamental como multisectorial. El Ministerio consideró que con esta medida sería posible la realización efectiva de la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de riesgos y daños.

Se consideró en el tercer objetivo estratégico que fue ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario del Plan Estratégico sectorial Multianual 2016-2021, y como primera acción estratégica fortalecer la autoridad sanitaria, planteándose como indicador el número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en Salud Pública y sus determinantes sociales y se planteó elaborar tres normas al año 2017, teniendo un basal de 1 al año 2016.

Falto el monitoreo permanente a la conducción de las intervenciones de salud pública, considerando que los indicadores sanitarios fueron un problema pendiente como la Tuberculosis, la malaria entre otros.

La segunda medida para el pilar 4 fue desarrollar tecnologías en Salud Pública para la vigilancia, prevención y control. El Ministerio consideró implementar todo un proceso innovador, con transferencias tecnológicas costo-efectivas dirigidas a la vigilancia y control de problemas de Salud Públicas priorizados.

De acuerdo al análisis documental se dio el Decreto Legislativo 1168, el 7 de diciembre del 2013 el cual dio las medidas para mejorar la atención de la salud, mediante el desarrollo y transferencia de las tecnologías sanitarias.

Se dio el Decreto Legislativo 1303, el 23 de diciembre del 2017 que optimizó los procesos vinculados a Telesalud.

Faltó implementar las tecnologías sanitarias a nivel de todo el país, priorizando las zonas más vulnerables.

La tercera medida del cuarto pilar fue el rediseño del sistema de inteligencia sanitaria. Esta medida fue diseñada para tener la evidencia en línea siempre disponible, además de tener el seguimiento de las metas, a fin de poder contribuir en la toma de decisiones en los problemas de Salud Pública a nivel nacional, que incluyeran el nivel nacional, regional y local

De acuerdo al análisis documental se planteó como una cuarta acción estratégica, del objetivo estratégico 2 del Plan Estratégico sectorial Multianual 2016-2021, generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnología, la investigación e información sanitaria, esta acción estaba orientada a incorporar tecnologías para la gestión y atención de salud.

Falto avanzar en el rediseño del sistema de inteligencia sanitaria.

La cuarta medida para el cuarto pilar fue fortalecer la gestión de las acciones en salud colectiva, a fin de contribuir al financiamiento de las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de riesgos y daños, así como la supervisión de la ejecución.

De acuerdo al análisis documental se realizó la reorganización de las estrategias sanitarias nacionales.

Faltó mejorar los procesos para el monitoreo de las estrategias sanitarias nacionales a nivel del país.

La quinta medida para el cuarto pilar fue la creación de un centro de control y prevención de enfermedades, responsable de la gobernanza relacionada a la salud pública, así como la vigilancia e intervención oportunas frente a amenazas y riesgos.

De acuerdo al análisis documental con la publicación del ROF del Ministerio de Salud se creó el Centro de Control y Prevención de Enfermedades

Falto mejorar la gestión por procesos en el Centro de Control y Prevención de Enfermedades para la gobernanza relacionada a la salud pública, así como la vigilancia e intervención oportunas frente a amenazas y riesgos.

El quinto pilar fue más salud pública, y tuvo como objetivo la prevención y despistaje de cáncer para toda la población y cobertura de atención para los 15 millones de asegurados del SIS, según se presenta en la grafica 5. Y sus medidas fueron cuatro

Pilar 5: Más salud pública Prevención y despistaje de cáncer para toda la población y cobertura de atención para los 15 millones de asegurados del SIS		
Resultados	Avance 2014	Meta 2015
> Prevención, detección precoz y tratamiento de cáncer. Plan Esperanza	> 2 millones de tamizajes realizados > 100,000 personas atendidas (50 TMO)	> 2.5 millones de tamizajes realizados > 150,000 personas atendidas
> Tamizaje de escolares de inicial y primaria de las instituciones educativas del ámbito de Qali Warma: Plan Aprende Saludable	> 1'800,000 escolares tamizados	> 3 millones de escolares tamizados
> Suplementación a niños de 6 a 35 meses con Multimicronutrientes (MMN)	> 280,000 niños suplementados con MMN a nivel nacional	> 870,000 niños suplementados con MMN a nivel nacional
> Protección de los recién nacidos de los distritos más pobres con un paquete de intervenciones para reducir el riesgo de morbilidad	> Aprobación y presentación del Plan Nacional Bienvenidos a la Vida	> 35,000 recién nacidos protegidos integralmente

Figura 25. Pilar 5: Más salud pública

Fuente: Reporte Informativo 2013 -2014, Avances de la reforma de la salud.

La primera medida fue fortalecer la rectoría y la gobernanza del sistema de salud

De acuerdo al análisis documental se dio el Decreto Legislativo 1161 el 7 de diciembre del año 2013, con el cual se reguló el ámbito de competencia, funciones y la estructura orgánica básica del Ministerio de Salud, así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras instituciones.

En el primer semestre del año 2014 se creó dos viceministerios, uno de Salud Pública y otro de Prestaciones y Aseguramiento en salud. El viceministerio de Salud Pública estuvo a cargo de la definición e implementación de las políticas, en tanto el viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en salud estuvo a cargo de la rectoría en la administración de fondos y en la dación de los servicios.

Se consideró la delimitación de responsabilidades intergubernamentales, con sus correspondientes instrumentos técnicos y normativos a fin de cumplir con las actividades de salud colectiva abordando el campo de la promoción de salud y prevención de la enfermedad, según la publicación Avances de la reforma de la salud

Se publicó el DS 007-2016-SA, el 12 de febrero del año 2016, que aprobó el ROF del Ministerio de Salud (Anexo 54), el cual fue derogado por el Decreto Supremo 008-2017-SA el 5 de marzo del año 2017 y posteriormente modificado por el DS 011-2017-SA, y Decreto Supremo 032 - 2017-SA el 23 noviembre del 2017; con este último se modificó el programa nacional de inversiones, entre las modificaciones que se dieron con los decretos se pueden citar el restablecimiento de la Secretaria de Coordinación del Consejo Nacional de Salud, dependiente directamente del despacho ministerial, pero como una dirección ejecutiva la cual había sido fusionada con la Oficina de Gestión Descentralizada.

Se consideró en el tercer objetivo estratégico del Plan Estratégico sectorial Multianual 2016-2021, respecto a ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario, y en su tercera acción estratégica, crear e implementar el Sistema de monitoreo y evaluación de políticas en salud pública, planteándose como indicador el tiempo de espera en consulta ambulatoria y se planteó reducir de 104 minutos en el año 2015 a 90 en el año 2017.

Para lo señalado en el párrafo anterior se creó la dirección de monitoreo, seguimiento y evaluación de políticas en salud pública, dependiente de la dirección general de políticas y normatividad en salud pública.

Se consideró como acción estratégica, reforzar los arreglos interinstitucionales para la gestión multisectorial y territorial, esta acción estaba en el marco de implementar mecanismos de coordinación, cooperación y colaboración, para ampliar el ámbito de los programas presupuestales o programas presupuestales o proyectos de inversión en beneficio de la población.

Se dio la ley 30526 buscando fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud, la cual para aquel entonces estaba en proceso inicial de fortalecimiento como rector del sector salud.

Faltó definir el modelo conceptual y a partir de ahí reorganizar la gestión del Ministerio, faltó delimitar funciones dentro del Ministerio de Salud, para evitar duplicidad de funciones en las diferentes direcciones y realizar una gestión más eficiente y eficaz a fin de satisfacer las necesidades de la población.

Se dio el Decreto Legislativo 1157, que creó los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión en Salud, estos comités están presididos por el gobernador de la región, e integrados por los gerentes del gobierno regional relacionados al tema de inversiones, los señores alcaldes de cada provincia y el director o gerente regional de salud, quien asume la secretaría técnica del comité, en estos comités desde su creación en el 2013 hasta finales del año 2017 se venían elaborando el planeamiento multianual de inversiones de la región y también las carteras anuales de inversión.

La segunda medida fue la creación del Instituto de Gestión de los Servicios de Salud, para que se encargue de la conducción de los Institutos y Hospitales Nacionales, redes de Lima Metropolitana y así mismo que se encargue de asesorar a las regiones en temas de gestión de los servicios de salud.

De acuerdo al análisis documental se promulgó el Decreto Legislativo 1167, que creó el Instituto de Gestión de los Servicios de Salud, el cual estaba adscrito al Ministerio de Salud y era un organismo público ejecutor, posteriormente mediante la Ley 30526 se derogó el decreto legislativo 1167, el 16 de diciembre del año 2016, desactivándose el Instituto de Gestión de los Servicios de Salud y asumiendo el Ministerio de Salud todas las funciones a fin de garantizar las prestaciones de salud.

Falto realizar una gestión más eficiente en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, con menos burocracia y mejor eficiencia en el gasto.

Entre los motivos para la desactivación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud fueron que no logró cumplir con el objetivo para el cual fue creado luego de más de dos años de funcionamiento, la problemática de los servicios de salud se acentuaron, la población no recibió la atención de salud que necesitaban y adicionalmente con su creación se había agregado una estructura burocrática adicional a salud.

La tercera medida fue reactivar de la Escuela Nacional de Salud Pública, Para el fortalecimiento y desarrollo de competencias del personal de salud, definición de los perfiles de competencias, las estructuras curriculares y las metodologías necesarias con miras a tener el personal de salud que necesita el país.

De acuerdo al análisis documental se dio Decreto Legislativo 1161, el 7 de diciembre del año 2013 con lo cual se logró la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública, con autonomía académica, económica y administrativa, además tiene por función proponer y generar políticas en temas de formación de recursos humanos en salud.

Se dio el Decreto Legislativo 1305, a fines del año 2016 que derogo la disposición que reactivó a la Escuela Nacional de Salud Pública y posteriormente se publicó la Ley 30545 el 11 de marzo del 2017 que restituyó a la Escuela Nacional de Salud Pública.

Falto que la Escuela Nacional de Salud desarrolle sus funciones, el tema de la escuela es un punto de debate respecto si es o no pertinente que el Ministerio de Salud cuente con una universidad para formar sus propios recursos humanos y aún más si contaba con la asignación presupuestal para tal fin.

La cuarta medida fue la recuperación de la facultad de intervención del Ministerio de Salud ante situaciones de emergencia en las regiones.

De acuerdo al análisis documental se dio el Decreto Legislativo 1156, mediante el cual se reguló las declaraciones de emergencias y se dieron las medidas para garantizar el servicio de salud en casos de existencia de un riesgo alto o daño a la salud y vida. (Anexo 55).

Se dio el Decreto Supremo 07 - 2014 SA (Anexo 56), el 9 de mayo del 2014 mediante el cual se reglamentó el Decreto Legislativo 1156 y se precisó las definiciones de situaciones de emergencias, tales como epidemias, pandemias, entre otras.

Se promulgó la Ley 30423 el 20 de abril 2016, mediante la cual se dio las facultades al Ministerio de Salud de intervenir en casos de emergencia sanitarias, desastres, necesidades de salud pública, mediante esta intervención el Ministerio de Salud podría brindar asistencia técnica e inclusive movilización de recursos en todo el territorio nacional o en parte.

Respecto a la cuarta medida, faltó definir más específicamente las funciones que se atribuyó al Ministerio de Salud ante situaciones de emergencia

De acuerdo a la situación de emergencia durante los años 2013 al 2017 nuestro país pasó por un periodo de desastres naturales que pusieron en riesgo la salud de la población, por ello la dación de estas normas contribuyeron a que el ente rector en salud pudiera desplegar sus acciones para poder atender las emergencias, en la medida de las posibilidades, cabe reconocer que mediante la aplicación del decreto legislativo 1156 se realizó transferencias a los gobiernos regionales para enfrentar las emergencias sanitarias.

El Plan Estratégico sectorial Multianual 2016-2021, estableció algunas metas relacionadas a disminuir la desnutrición crónica, la anemia en menores de 36 meses, reducir la mortalidad materna, mortalidad en menores de cinco años, disminución de la diabetes mellitus, tuberculosis, VIH entre otros, de lo cual en el siguiente cuadro se observa la evolución de algunos indicadores sanitarios, que reflejan que aún tenemos retos importantes en salud por avanzar.

IV. Conclusiones

Del presente trabajo de investigación se concluye:

Primero: Que se evidencia que en el primer quinquenio de la reforma de salud se han dado avances en la implementación de las medidas de la reforma de salud planteadas inicialmente según los cinco pilares de la reforma.

Segundo: Con respecto primer pilar más gente protegida tuvo tres medidas, que estaban orientadas según el siguiente orden la primera a eliminar las restricciones administrativas que impedían la protección de la población pobre y que residía en las zonas más alejadas, la población indocumentada, la población que residía en albergues y en situación de calle, la segunda medida fue extender la protección social mediante el SIS a los recién nacidos, a las madres gestantes, a las mujeres puérperas, a los niños en edad preescolar y también a los escolares de inicial y Primaria, la tercera fue incorporar automáticamente al SIS a los trabajadores independientes que tributaban en el Régimen Único Simplificado, sin que se requiera algún aporte adicional.

Se hizo la promulgación del Decreto Legislativo 1164, que permito su superar barreras administrativas, incorporar a personas que no estaban en el padrón general de hogares, personas de los centros juveniles a cargo del poder judicial, de centros residenciales públicos y privados de niños, niñas adolescentes, y también personas acreditadas por el Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables que vivían en la calle y se afilió a personas privadas de su libertad de los centros penitenciarios, se incorporó al SIS al grupo poblacional entre cero y cinco años, a las gestantes, a las puérperas, se promulgó la Ley 30061, que priorizó la atención integral de la salud de los estudiantes que estaban en el programa Qali Warma, y se complementó con la aprobación del Plan de Salud Escolar 2013-2016. Se dio el Decreto Ley 1163, y la Ley 29951 que permitió incorporar automáticamente al Seguro Integral de Salud a los trabajadores independientes que tributan en el Régimen Único Simplificado, sin que se requiera algún aporte adicional.

Sin embargo no se hizo el incrementó progresivo del presupuesto para fortalecer al SIS, faltó diseñar mejor capacidad del SIS para atender a la

población asegurada con un financiamiento suficiente. Falto impulsar la reorganización del SIS para que su enfoque pase de medicina recuperativa a la medicina preventiva y de esta manera contribuya al fortalecimiento de la Salud Pública.

Tercero: Con respecto al segundo pilar más y mejores cuidados tuvo ocho medidas, que estaban orientadas según el siguiente orden, la primera a fortalecer las intervenciones de salud colectiva relacionadas al desarrollo integral infantil con los otros sectores vinculados, considerando la universalización de la suplementación con micronutrientes y hierro a los niños menores de tres años, la implementación del Plan “Aprende Saludable” para los escolares de primaria y también inicial; La segunda fue implementar el Plan Esperanza y el financiamiento del Fondo Intangible Solidario de Salud ,la tercera medida fue fortalecer los establecimientos de salud públicos con infraestructura, equipamiento y ambulancias, así como la planificación multianual, multisectorial e intergubernamental de las inversiones públicas en salud; la cuarta medida fue establecer las de redes integradas de atención primaria de la salud, la quinta medida fue la revalorización del trabajador público de salud, la sexta medida fue ampliar los horarios de atención en los hospitales mediante prestaciones complementarias, la séptima medida fue suscribir convenios de intercambios de servicios para que las personas puedan acceder a los establecimientos cercanos de su lugar de residencia, sin considerar el tipo de seguro con el que cuenten y la octava medida fue mejorar el acceso a medicamentos genéricos especialmente que los pacientes con enfermedades crónicas reciban medicamentos, en las farmacias privadas cercanas a su domicilio, así mismo reforzar la gestión de las farmacias de los establecimientos públicos.

Se hizo respecto a la primera medida un avance al año 2014 del 65% (712,000) de niños menores de tres años que recibieron multimicronutrientes, al año 2015, al año 2015 de la meta planteada solo el 19 % de niños concluyeron la suplementación y al año 2016 se planteó una meta de 95% de niños suplementado y al primer semestre del año 2016 solo un 12% de niños concluyeron la suplementación. Así mismo se aprobó el plan de salud escolar 2013 -2016, que atendió al año 2016 a 2,4 millones de estudiante del nivel inicial

y nivel primario de los colegios del ámbito territorial de Qali Warma, y la meta planteada fue 3.3 millones de niños y niñas.

Se hizo la creación del plan esperanza, se creó un fondo especial para el tratamiento de los tipos de cáncer que tenían mayor costo, se capacitó a unos 661 profesionales en prevención primaria y secundaria de cáncer, se benefició al año 2015 más de 16 millones de personas con temas de prevención primaria de cáncer, se realizó más de 2.5 millones de detección temprana del cáncer de mama, cuello uterino, gástrico, próstata y colon, se realizaron convenios y 35 establecimientos de salud brindaron quimioterapia, Se implementó la Red OncoMinsa. El Fondo Intangible Solidario de Salud disminuyó del año 2013 al 2015

Se hizo la aprobación del Decreto Legislativo 1155, que dictó las medidas destinada a mejorar la calidad del servicio y declaró de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional, se aprobó el Decreto Legislativo 1157 que dio la política sectorial de inversiones, se implementó centros de operaciones de emergencias y se conformaron brigadas hospitalarias, Se implementó el registro en línea del nacido vivo, se implementó el sistema electrónico de información en salud llamado HIS Hospitalario en el Instituto Nacional de Salud del Niño, se avanzó con la telemedicina en el Perú

Se hizo la aprobación del Decreto Legislativo 1166 que dio el marco normativo para la conformación y funcionamiento de las redes integradas de atención primaria de la salud.

Se hizo la aprobación del Decreto Legislativo 1153 que aprobó la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado, se implementó una nueva política remunerativa, Se unificó los ingresos base e incentivos que percibían los médicos en Lima y regiones, Se implementó compensaciones económicas para el personal de salud que trabajaba en las zonas de emergencia, zonas alejadas o zonas de frontera, de atención primaria en salud y atención en servicios crítico, Se publicó el Decreto

Supremo 005-2014-SA, que aprobó las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos para recibir bonos por desempeño.

Se dio el Decreto Legislativo 1154, que autorizó los servicios complementarios en salud, se reglamentó dicho decreto, se implementó durante el año 2014 la ampliación del horario de atención para consultas externas, análisis, procedimientos y atenciones quirúrgicas

Se hizo la aprobación del Decreto Legislativo 1159 que estableció las condiciones más generales para el intercambio prestacional, se realizó 52 mil atenciones de asegurados de EsSalud entre los años 2012 al 2015 y más de 2 mil atenciones de baja complejidad prioritariamente de asegurados del SIS en EsSalud.

Se hizo la publicación del Decreto Legislativo 1165, que estableció el mecanismo de las Farmacias inclusivas, se firmó el Contrato de Servicios 004-2014-SIS que implementó la estrategia FarmaSIS, Se atendieron en la estrategia FarmaSIS a 25,538 recetas en el año 2015.

Sin embargo no se logró cumplir con la meta de disminuir la anemia, no fueron suficientes las acciones consideradas, no se logró cumplir con las metas de suplementación con multimicronutrientes.

No se hizo una descentralización eficaz del plan esperanza, faltó articular al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas con los 8 mil establecimientos del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, faltó la detección precoz y el tratamiento temprano, no se hizo un incremento del financiamiento del Fondo Intangible Solidario de Salud sostenido

No se logró cumplir con los objetivos planteados, quedaron 9 hospitales nacionales en proceso al año 2016 de 11 programados, así mismo quedaron 24 hospitales regionales en proceso, 4 por culminar y de un total de 34 programados para ese mismo año, y a nivel de provincias quedaron 120 en proceso, 7 por culminar de un total de 148. Faltó programar el equipamiento y recurso para

poner en operación los hospitales cuando se concluyan. Falto que la construcción de los hospitales sean suficientes para cubrir la demanda en salud de la población, que sean más efectivos en la culminación de proyectos, falta descentralizar las funciones de inversión

Faltó, aprobar el reglamento del decreto legislativo 1166, no se logró a poner en operación a las redes integradas de servicios de salud.

Faltó aumentar más la escala salarial para que sirva como un mecanismo de retención del personal de salud, faltó trabajar una política de incentivos para retención de los recursos humanos, falta abordar los temas de coordinaciones con las instituciones formadoras de los recursos humanos en salud.

No se hizo la adecuación de los horarios a las necesidades de salud de la población, no se consideró la contratación de personal adicional para cubrir la ampliación de los horarios. No se superó la restricción normativa que impedía la doble percepción de remuneración al personal del sector público

Faltó elaborar y publicar el reglamento del Decreto Legislativo 1302, falta establecer los procedimientos de facturación y financiamiento entre Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, falta superar limitaciones administrativas para la compra de servicios del sector privado por parte de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento públicas, falta aprobar el catálogo de procedimientos médicos y sanitarios y su correspondiente codificación.

No se logró garantizar el acceso a medicamentos, no se resolvió la falta de medicamentos, no se abordó los temas de almacenamiento, distribución y el sistema de gestión de calidad para poder garantizar el acceso a los medicamentos, no se garantizó el financiamiento sostenido de la estrategia Farmasis.

Cuarto: Con respecto al tercer pilar más protección de derechos tuvo dos medidas, que estaban orientadas a crear la Superintendencia Nacional de Salud, y que la Superintendencia Nacional de Salud vigile la categorización de los establecimientos de salud, promueva y supervise el proceso de acreditación de los servicios de salud

Se hizo la promulgación del Decreto Legislativo 1158 que dispuso medidas para fortalecer a la Superintendencia Nacional de Salud que reemplazo a la SUNASA, se aprobó el reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud, su mapa de procesos y se constituyó la junta de usuarios, así mismo se hicieron cursos de certificación de registradores de Instituciones prestadoras de servicios de salud, cuatro cursos de certificadores de categorizadores generales.

Faltó diseñar mejor los procedimientos que se realizan en la Superintendencia Nacional de Salud, así como el monitoreo y supervisión de los servicios y la atención que recibe el ciudadanos; faltó gestionar mejorar el cumplimiento de las funciones para lo cual fue diseñado, faltó realizar la categorización de los servicios de salud

Quinto: Con respecto al cuarto pilar más rectoría, tuvo cinco medidas, que estaban orientadas según el siguiente orden, la primera a fortalecer la conducción nacional de las intervenciones de salud colectiva; la segunda medida considerada fue desarrollar tecnologías en Salud Pública para la vigilancia, prevención y control, la tercera rediseñar el sistema de inteligencia sanitaria, la cuarta fortalecer la gestión de las acciones en salud colectiva, la quinta crear un centro de control y prevención de enfermedades.

Se hizo la promulgación del Decreto Legislativo 1161 que dio la Ley organización y funciones del Ministerio de Salud, se creó un Viceministerio específico para Salud Pública, para que reorganice y contribuya a fortalecer las intervenciones, se dio el Decreto Legislativo 1168, el cual dio las medidas para mejorar la atención de la salud, mediante el desarrollo y transferencia de las tecnologías sanitarias, se dio el Decreto Legislativo 1303, que optimizo los

procesos vinculados a Telesalud, se dio el Plan Estratégico sectorial Multianual 2016-2021, que también considero actividades relacionadas al sistema de inteligencia sanitaria, se hizo la reorganización de las estrategias sanitarias nacionales, se logró la creación del Centro de Control y Prevención de Enfermedades

Faltó avanzar en generar capacidades para la investigación e información sanitaria, faltó implementar las tecnologías sanitarias a nivel de todo el país, priorizando las zonas más vulnerables. Faltó avanzar en el rediseño del sistema de inteligencia sanitaria, faltó mejorar los procesos para el monitoreo de las estrategias sanitarias nacionales a nivel del país y faltó el monitoreo permanente a la conducción de las intervenciones de salud pública, faltó mejorar la gestión por procesos en el Centro de Control y Prevención de Enfermedades

Sexto: Con respecto al quinto pilar más salud pública, tuvo cuatro medidas, que estaban orientadas según el siguiente orden, la primera fue fortalecer la rectoría y la gobernanza del sistema de salud, la segunda fue la creación del Instituto de Gestión de los Servicios de Salud, la tercera fue reactivar la Escuela Nacional de Salud Pública, y la cuarta fue recuperar facultad de intervención del Ministerio de Salud ante situaciones de emergencia en las regiones.

Se dio el Decreto Legislativo 1161 que se reguló el ámbito de competencia, funciones y la estructura orgánica básica del Ministerio de Salud, así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras instituciones, se dio el Decreto Legislativo 1167, que creó el Instituto de Gestión de los Servicios de Salud, posteriormente mediante la Ley 30526 se derogó el decreto legislativo 1167, se dio Decreto Legislativo 1161, que reactivó a la Escuela Nacional de Salud Pública, con autonomía académica, económica y administrativa, se dio el Decreto Legislativo 1305, que deroga la disposición que reactivó a la Escuela Nacional de Salud Pública y posteriormente se publicó la Ley 30545 que restituyó a la Escuela Nacional de Salud Pública y se dio el Decreto Legislativo 1156, que reguló las declaraciones de emergencias y se dieron las medidas para garantizar el servicio de salud en casos de existencia

de un riesgo alto o daño a la salud y vida, se dio el Decreto Supremo 07 - 2014 SA, que reglamentó el Decreto Legislativo 1156 y se precisó las definiciones de situaciones de emergencias, tales como epidemias, pandemias, entre otras.

Faltó definir el modelo conceptual y a partir de ahí reorganizar la gestión del Ministerio de Salud, faltó delimitar funciones dentro del Ministerio de Salud, para evitar duplicidad de funciones y realizar una gestión más eficiente y eficaz a fin de satisfacer las necesidades de la población, faltó realizar una gestión más eficiente en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, con menos burocracia y mejor eficiencia en el gasto, faltó que la Escuela Nacional de Salud desarrolle sus funciones, el tema de la escuela es un punto de debate respecto si es o no pertinente que el Ministerio de Salud cuente con una universidad para formar sus propios recursos humanos y aún más si contaba con la asignación presupuestal para tal fin y faltó definir más específicamente las funciones que se atribuyó al Ministerio de Salud ante situaciones de emergencia.

V. Referencias

.

Alcántara, G. (2008). *La definición de salud de la organización mundial de la salud y la intedisciplinariedad*. *Revista Universitaria de Investigación*, vol, 9, num, 1, junio, 2008, pp. 93-107 Venezuela. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

Arendt, H. (1997). *Que es Política*. Recuperado de <https://elartedepreguntar.files.wordpress.com/2009/06/arendt-hannah-que-es-la-politica1.pdf>

Arias, M. (2000). *La Triangulación metodológica: Sus principios, alcances y limitaciones*. Recuperado de <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/Triangulacionmetodologica.pdf>

Arnold, M. y. Osorio, F. (1998). *Introducción a los conceptos básicos de la Teoría de los Sistemas*. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frprinci.htm>

Bertalanffy, L. (1989). *Teoría General de los Sistemas*. Recuperado de <https://cienciasyparadigmas.files.wordpress.com/2012/06/teoria-general-de-los-sistemas--fundamentos-desarrollo-aplicacionesludwig-von-bertalanffy.pdf>

Castell-Florit, P. (2008). *La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública*. (Tesis Doctoral). Escuela de Salud Pública. Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/78/>

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. (2014). *Directiva Nacional de Planeamiento estratégico. Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico*. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/29F469408369B5120525801000768642/\\$FILE/directiva-general-final-con-cambios-al-01-02-2016-0.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/29F469408369B5120525801000768642/$FILE/directiva-general-final-con-cambios-al-01-02-2016-0.pdf)

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. (2015). *El futuro de la salud*. Recuperado de https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/files/Documentos/el_futuro_de_la_salud_para_web15-03.pdf

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. (2015). *Relación del Perú con la OCDE y el programa país. Obtenido de Centro Nacional de Planeamiento Estratégico*. Recuperado de <https://www.ceplan.gob.pe/documentos/la-relacion-del-peru-con-la-ocde-y-el-programa-pais/?highlight=programa%20pais>

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. (2016). *Avances de la Política Sectorial en el Marco de la política general de gobierno OEDE y la agenda 2030 a noviembre 2016*. Recuperado de <https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2017/03/GORE-EJECUTIVO-final-13032017ok.pdf>

Dijk, T. (2005). *Política, ideología y discurso*. *Quórum Académico*, vol, 2, num. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 15-47 España. Recuperado de <http://www.discursos.org/oldarticles/Politica%20ideologia.pdf>

Ferrater, J. (1979). *Diccionario de Filosofía*. Recuperado de <http://www.filosofia.org/enc/fer/sistema.htm>

Giraldo, M. y Arias, C. (2011). El rigor científico en la investigación cualitativa. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222406020>

Gómez, M., Ramos, Y., Rivero, Y. (2010). *Técnica e instrumentos de recolección de datos*. Recuperado de <https://bloquemetodologicodelainvestigacionudo2010.wordpress.com/tecnicas-e-instrumentos-de-recoleccion-de-datos/>

Guba, E. (1981). *Criterios de Credibilidad en la investigación naturalista*. Recuperado de <https://www.infor.uva.es/~amartine/MASUP/Guba.pdf>

Hernández, R. (2014). Metodología de la Investigación. McGRAW-HILL / Interamericana Editores, S.A. de C.V. México

Lazo, O., Alcalde J. y Espinoza, O. (2016). *El sistema de salud en Perú*: Editorial REP S.A.C. Lima

Losantos, M. (2011). *Módulo 1. Fuentes de información: tipos y características*. Recuperado de http://www.pregunte.es/manuales/M_dul01_Fuentes_Informaci_n_ML_PR_GM.pdf

Ministerio de Salud. (junio de 2013). *Lineamientos para la reforma del sector salud*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/presentacionmdh.pdf>

Ministerio de Salud. (2013). *Lineamientos y medidas de la reforma del sector Salud*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

Ministerio de Salud. (2014). *Hacia la cobertura universal en salud*. Lima: Editorial Artifice Comunicadores.

Ministerio de Salud. (2015). *Avances de la reforma de la salud*. Lima.

Ministerio de Salud. (2016). Plan estratégico sectorial multianual. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/transparencia/05PlanEstrategico/Archivos/2016/RM367-2016-MINSA.pdf>

Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. (2013). *Declaración de Helsinki*. Obtenido de Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. Recuperado de

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>

Naciones Unidas. (2012). *Conferencia de las naciones unidas sobre el desarrollo sostenible Rio+20*. Recuperado de https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1_spanish.pdf.pdf

Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenibles*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Navarro, V. (2008). *Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO. Centro de Estudios Latinoamericanos Justo*. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Panama/cela/20120717092358/quees.pdf>

Nieto, P. I. (1995). *Obtenido de La reforma del sector salud es un proceso de cambios estructurales*

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42822/1/9243562436.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Key components of a well functioning health system*. Recuperado de http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Declaración de Helsinki*. Recuperado de

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Temas de Salud*. Recuperado de http://www.who.int/topics/health_systems/es/

Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, en Consejo Directivo-53° del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Recuperado de <http://www.paho.org/uexchange/index.php/es/uexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2015). *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico*. Recuperado de <https://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/>

Oswaldo Lazo, J. A. (2016). *El sistema de salud en Perú*. Lima: Editorial REP S.A.C.

Peña, T. y Pirela. T. (2007). *La complejidad del análisis documental*. *Revista Información, cultura y sociedad*, vol, 9, num, 16, junio, 2007, pp. 112, Buenos Aires. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17402007000100004

Peruanos por el Kambio. (2016). Plan de Gobierno 2016-2021. Obtenido de <http://www.peruanosporelkambio.pe/documentos/plandegobierno.pdf>

Quintana, A. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. Obtenido de http://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv_quintana.pdf

Real Academia Española. (s.f.). *Reforma*. Recuperado de <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=reforma>

Rodríguez, G., Flores, G., García, E. (1996). *Metodología de la investigación Cualitativa*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/13070647/Metodologia-de-La-Investigacion-Cualitativa-Caps-1-y-2>

Rojas, D. (2014). *Modelo para la implementación de un sistema de gestión integral alineado a la estrategia empresarial de la organización*. Recuperado de http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/13842/2/RojasAhumada2015_SistemaGesionIntegrado.pdf

Sánchez-Moreno, F. (2014). *El sistema nacional de salud en el Perú*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol, 31, num. 4, octubre-diciembre, 2014, pp. 1-5 Lima Perú. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342014000400021&script=sci_arttext

Sandin, P. (2000). *Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad*. Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/45190/1/Criterios%20de%20validez%20en%20la%20investigacion%20cualitativa%20de%20la%20objetividad%20a%20la%20solidaridad.pdf>

Secretaría de Salud . (2002). Salud México . Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2002/saludmexico2002.pdf>

Secretaría Ejecutiva del Acuerdo Nacional. (2014). *Acuerdo Nacional: Secretaría Ejecutiva del Acuerdo Nacional*. Recuperado de <https://acuerdonacional.pe/>

Silva, D. (s.f.). *Teoría de indicadores de Gestión y su aplicación práctica*. Recuperado de http://www.umng.edu.co/documents/10162/745281/V3N2_29.pdf

Torres, A. (2011). *Guía de fuentes de información iberoamericana para la investigación educativa*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2991/299123992008.pdf>

Udina, C. (2010). *Teoría Holística*. Recuperado de <http://www.sistemaconceptual.org/mm/file/ResumenTeoriaHolisticaWeb.pdf>

Universidad Autónoma de Madrid. (2011). *Inmersión precoz en la clínica*. Recuperado de https://www.uam.es/docencia/ocw/cursos/estebaninmersion/Tema_7_texto.pdf

Anexos

- Anexo 1. <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/Constitucion-Pol%C3%ADtica-del-Peru-1993.pdf>.
- Anexo 2. <http://minagri.gob.pe/portal/download/pdf/cetsar/ley-modernizacion.pdf>
- Anexo 3. <http://www.pcm.gob.pe/InformacionGral/opp/2008/DS-027-2007-PCM.pdf>
- Anexo 4. <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/06/DS-004-2013-PCM-Aprueba-la-PNMGP.pdf>
- Anexo 5. <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29158.pdf>
- Anexo 6. <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
- Anexo 7. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/8B3C23D0EB9643D605257FD400782856/\\$FILE/27783.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/8B3C23D0EB9643D605257FD400782856/$FILE/27783.pdf)
- Anexo 8. <http://www.minsa.gob.pe/cns/index.asp?op=21>
- Anexo 9. <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>
- Anexo 10. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RS001_2013_SA_EP.pdf
- Anexo 11. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-delega-en-el-poder-ejecutivo-la-facultad-de-legislar-ley-n-30073-972479-1/>
- Anexo 12. <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/decretos.html>
- Anexo 13. <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=107>
- Anexo 14. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-optimiza-el-funcionamiento-y-los-ser-decreto-legislativo-n-1305-1468963-5/>
- Anexo 15. <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/decretos.html>
- Anexo 16. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-deroga-el-decreto-legislativo-1305-y-restituye-al-in-ley-n-30545-1495929-1>
- Anexo 17. <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/decretos.html>
- Anexo 18. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-optimiza-el-intercambio-prestacional-decreto-legislativo-n-1302-1468963-2/>
- Anexo 19. <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=801>
- Anexo 20. <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=107>
- Anexo 21. <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=107>
- Anexo 22. <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=107>

- Anexo 23. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1674.pdf>
- Anexo 24. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-guia-tecnica-para-la-categorizacion-de-establec-rm-n-076-2014minsa-1044157-1/>
- Anexo 25. http://www.minsa.gob.pe/transparencia/pe_pesem.asp
- Anexo 26. <https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2017/03/GORE-EJECUTIVO-final-13032017ok.pdf>
- Anexo 27. <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/archivo/PEAS.pdf>
- Anexo 28. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1164.pdf>
- Anexo 29. http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/plansaludescolar/20140402_LEY30061_PLAN_SALUD_ESCOLAR.pdf
- Anexo 30. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1163.pdf>
- Anexo 31. <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/LEYN27657.pdf>
- Anexo 32. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2002/L27656-2002.pdf>
- Anexo 33. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-plan-de-salud-escolar-2013-2016-con-cargo-al-pres-decreto-supremo-n-010-2013-sa-978319-3/>
- Anexo 34. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/declaran-de-interes-nacional-la-atencion-integral-del-cancer-decreto-supremo-n-009-2012-sa-861680-1/>
- Anexo 35. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogc/boletines/Memoria-Plan-EsperanzaPERU.pdf>
- Anexo 36. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/DL1155_2013.pdf
- Anexo 37. <http://www.dgiem.gob.pe/wp-content/uploads/2015/04/Reglamento-ONIEES.pdf>
- Anexo 38. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1157.pdf>
- Anexo 39. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-reglamento-del-decreto-legislativo-n-1157-que-decreto-supremo-n-024-2016-sa-1402610-1/>
- Anexo 40. https://www.pronis.gob.pe/wp-content/uploads/2017/11/IDENTIDAD-DS_035-2014-SA-Creacion-del-PRONIS.pdf
- Anexo 41. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/239868-1153>
- Anexo 42. <https://www.mef.gob.pe/es/por-instrumento/decreto-supremo/10381-decreto-supremo-n-223-2013-ef/file>
- Anexo 43. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/DS011_2013_SA.pdf

- Anexo 44. https://s3.amazonaws.com/gobpe-production/uploads/document/file/200407/197145_DS013_2013_SA_b.pdf20180926-32492-io9xls.pdf
- Anexo 45. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/DS005_2014_SA_EP.pdf
- Anexo 46. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-autoriza-los-servicios-complementari-decreto-legislativo-n-1154-987016-2/>
- Anexo 47. http://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos_normativos/MINS A/REGLAMENTOS/2014%20DS_01%20%20REGLAMENTO%20SERVICIOS%20COMPLEMENTARIOS%20SALUD.pdf
- Anexo 48. https://s3.amazonaws.com/gobpe-production/uploads/document/file/193286/192013_DS_036.pdf20180904-20266-1vp16vb.pdf
- Anexo 49. http://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2016/Presupuesto/files/salud_propuesto_2017.pdf
- Anexo 50. http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/produccion/archivos/ProcEsp2014_004_BasesContratacionSIS.pdf
- Anexo 51. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1158.pdf>
- Anexo 52. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/ResSuper089-2014-SUSALUD-S_EP.pdf
- Anexo 53. https://s3.amazonaws.com/gobpe-production/uploads/document/file/188424/187923_DS_035-2017-SA.pdf20180823-24725-bvwaxp.pdf
- Anexo 54. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-organizacion-y-decreto-supremo-n-007-2016-sa-1344833-3/>
- Anexo 55. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1156.pdf>
- Anexo 56. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-reglamento-del-decreto-legislativo-n-1156-que-dic-ds-n-007-2014-sa-1081058-4>

Anexo 56
Abreviaturas

CNS	Consejo Nacional de Salud
INEN	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
LOF	Ley de Organización y Funciones
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
SIS	Seguro Integral de Salud
STP	Salud en Todas las Políticas

Anexo 57

Plan de Mejora

Se recomienda considerar las siguientes medidas según los pilares de la reforma:

- En el primer pilar gestionar el incremento progresivamente el presupuesto para fortalecer al SIS, redefinir la capacidad del SIS para atender a la población asegurada con un financiamiento suficiente.
- En el segundo pilar más y mejores cuidados, rediseñar los indicadores, las acciones que logren alcanzar la disminución de la anemia, fortalecer la descentralización de la atención de cáncer en los departamentos, con mejor infraestructura y dotación de recursos humanos, intensificar la detección precoz y el tratamiento temprano del cáncer, invertir en mejorar la infraestructura, equipamiento de los establecimientos de salud, rediseñar el modelo de atención de salud que articule a todos los prestadores de salud, mejorar la escala salarial de los profesiones de la salud que trabajan en el Ministerio de Salud y gobiernos regionales, de forma progresiva, y unificando el tipo de contrato, considerar una política de retención e incentivos de los profesionales, adecuar los horarios de atención en los centros y puestos de salud considerando la realidad de cada ámbito territorial, identificar las dificultades administrativas y realizar los arreglos institucionales necesarios para realizar el intercambio prestacional que considere los costos de la cartera de servicios, diseñar los procesos necesarios que garanticen el acceso a los medicamentos de calidad y con un precio justo, así mismo que se garantice el almacenamiento, abastecimiento y distribución de los medicamentos
- En el tercer pilar más protección de derechos mejorar el monitoreo y supervisión de la atención en los servicios con apoyo de la sociedad civil organizada, asegurar que cada establecimiento de salud tenga el

personal necesario para brindar apoyo al usuario de los servicios de salud a fin que pueda canalizar sus demandas de atención y quejas si las tuviera, realizar actividades que involucren a todo el personal de salud y en el cual se logre sensibilizar en que deben brindar atención con calidad y sensibilidad humana a los pacientes.

- En el cuarto pilar más rectoría el Ministerio de salud debería intensificar sus actividades de monitoreo y asistencia técnica a los establecimientos de salud y gobiernos regionales a fin de cautelar que se cumplan las normas establecidas en la atención de la salud, así como las acciones de coordinación, concertación y articulación de políticas desde los espacios multisectoriales vigentes en el marco normativo.
- En el quinto pilar más salud pública es necesario definir el modelo conceptual de la salud en el Perú que considere la gestión de los determinantes sociales de la salud, y en las actividades estratégicas se establezcan las acciones de articulación, concertación y coordinación multisectorial, intersectorial, institucional e intergubernamental en salud.

Anexo 58

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Luis Alberto Núñez Lira, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **"PRIMER QUINQUENIO DE LA REFORMA DE SALUD 2013-2017. UN ANALISIS DOCUMENTAL"** del estudiante **Jessica Julissa Medina Guzmán**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 22% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, Agosto 2018




Luis Alberto Núñez Lira

DNI: 08012101

Anexo 59

feedback studio Medina_24_de_julio.docx 14 de 21

 **ESCUELA DE POSGRADO**
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Primer Quinquenio de la reforma de salud 2013-2017.
Un análisis documental.**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad

AUTOR:
Ms. Jessica Julissa Medina Guzmán

Resumen de coincidencias
22 %

1	cqflambayeque.com	1 %
2	docslide.net	1 %
3	www.slideshare.net	1 %
4	pastebin.com	1 %
5	Entregado a Universida...	1 %
6	docplayer.es	1 %
7	forosalud.org.pe	1 %
8	mef.gob.pe	1 %
9	Entregado a Universida...	1 %

Página: 1 de 211 Número de palabras: 56569 Text-only Report High Resolution Activado 17:54 1/08/2018

Anexo 60



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

MEDINA GUZMAN JESSICA JULISSA

D.N.I. : 18.14.30.24

Domicilio : Calle Las Miedras 176. Dpto 201 - Los Recaudadores - A

Teléfono : Fijo : 01-222.9881 Móvil : 976.910.686

E-mail : jessica.medina.974@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

☐ Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

☐ Tesis de Posgrado☐ Maestría

Grado :

Mención : DOCTOR

☒ Doctorado

GESTION PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

MEDINA GUZMAN JESSICA JULISSA

Título de la tesis:

PRIMER QUINQUENIO DE LA REFORMA DE SALUD

2013 - 2017. UN ANÁLISIS DOCUMENTAL

Año de publicación : 2019

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma :

Fecha :

04-02-2019

Anexo 61

**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO****AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

MEDINA GUZMÁN JESSICA JULISSA

INFORME TITULADO:

PRIMER QUINGUENIO DE LA REFORMA DE SALUD2013-2017. UN ANALISIS DOCUMENTAL

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

DOCTOR EN GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDADSUSTENTADO EN FECHA: 18 DE ENERO DE 2019NOTA O MENCIÓN: APROBADO POR UNANIMIDAD[Firma]
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN